

Concepciones de justicia en el Sistema de Salud Colombiano	Titulo
Ortega Bolaños, Jesús Alercio - Autor/a;	Autor(es)
Manizales	Lugar
Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE	Editorial/Editor
2014	Fecha
	Colección
Política social; Justicia social; Política de salud; Responsabilidad social; Derecho a la salud; Valores sociales; América Latina; Colombia;	Temas
Tesis	Tipo de documento
"http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20160516014641/JesusAlercioOrtegaB.pdf"	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO

<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)

Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)

www.clacso.edu.ar



Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Latin American Council of Social Sciences



CONCEPCIONES DE JUSTICIA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

JESÚS ALERCIO ORTEGA BOLAÑOS

**DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD
CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD
UNIVERSIDAD DE MANIZALES-CINDE**

ORGANISMOS COOPERANTES:

**Universidad Autonoma de Manizales, Universidad de Caldas, Universidad Pedagógica Nacional, Universidad de Antioquia, Unicef, Universidad Central, Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Distrital
Universidad de los Andes de Venezuela, Universidad Central de Venezuela, Universidad del Nordeste de Argentina, Universidad Diego Portales de Chile, Universidad Católica Silva Henríquez de Chile, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri de Brasil, Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo de Brasil, FLACSO, CLACSO de argentina**

**MANIZALES
2014**

CONCEPCIONES DE JUSTICIA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

JESÚS ALERCIO ORTEGA BOLAÑOS

Director Tesis:

Doctor Jorge Iván González Borrero

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD

CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN NIÑEZ Y JUVENTUD

UNIVERSIDAD DE MANIZALES-CINDE

ORGANISMOS COOPERANTES:

Universidad Autonoma de Manizales, Universidad de Caldas, Universidad Pedagógica Nacional, Universidad de Antioquia, Unicef, Universidad Central, Universidad Nacional de Colombia, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Distrital

Universidad de los Andes de Venezuela, Universidad Central de Venezuela, Universidad del Nordeste de Argentina, Universidad Diego Portales de Chile, Universidad Católica Silva Henríquez de Chile, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri de Brasil, Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo de Brasil, FLACSO, CLACSO de argentina

MANIZALES

2014

Nota de Aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Manizales, Noviembre de 2014

Agradezco al programa de doctorado, sus docentes, así como a Toya, Nancy y demás compañeros que compartieron esta experiencia vital de deconstrucción y reconstrucción personal ; a mi sabio tutor y amigo Jorge Ivan Gonzalez por su claridad, postura conceptual y sabia conducción en la orientación y estructuración de esta disertación.

Dedico estas reflexiones a aquellos amigos y demas personas consideradas diferentes y locos, por ser inconformes, polemicos, rebeldes y causar controversia, que con sus posturas aceptadas, criticadas pero sin posibilidad de ser ignoradas, estan aportando a cambiar el escenario injusto de nuestra sociedad.

Dedico este resultado a un pais particular, hermoso y diverso como mi Colombia, donde la pobreza, la exclusion y vulnerabilidad que adolece nuestra poblacion requiere de otras formas de comprender su situacion de salud, y poder generar un escenario imparcial que permita acercar esos mundos segregados en los cuales conviven nuestros grupos sociales particulares con un sentido clamor por una justicia social en salud.

Dedico este esfuerzo a mi madre , mi familia, a Ana y mis hijos Nicolas, Santiago y Natalia por ser mi fuente permanente de inspiracion y calido soporte para transitar esta senda en busca de conocimiento y comprension del fenomeno salud , el cual me permita encontrar pistas y posibilidades de una verdadera justicia sanitaria.

<p style="text-align: center;">DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES, NIÑEZ Y JUVENTUD CINDE-UNIVERSIDAD DE MANIZALES</p> <p>GRUPO DE INVESTIGACIÓN: Políticas publicas y programas en niñez y juventud</p> <p>LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Políticas Publicas</p>		
1. Datos de Identificación de la ficha		
Fecha de Elaboración: 25 de septiembre de 2014	Responsable de Elaboración: Jesús Ortega Bolaños	Tipo de documento: Informe final de investigación
2. Información general		
Título	CONCEPCIONES DE JUSTICIA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO	
Autor/es	JESUS ALERCIO ORTEGA BOLAÑOS	
Tutor	JORGE IVAN GONZALEZ	
Año de finalización / publicación	2014	
Temas abordados	Teorías de Justicia; Justicia en salud ; Significados de equidad en salud desde una perspectiva de justicia; Análisis de política publica del sistema de salud colombiano;	
Palabras clave	justicia, imparcialidad, sentimiento moral, igualdad, equidad en salud, sistema de salud,	
Preguntas que guían el proceso de la investigación	<p><u>Pregunta central ¿Qué concepciones de justicia orientan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se instalan en sus procesos centrales de financiación, aseguramiento, atención y prestación?</u></p> <p><u>¿Por qué la estructura básica de la sociedad colombiana favorece un mejor estado de salud a ciertos individuos más que a otros? ¿Será porque las desigualdades básicas son las que afectan al conjunto de su perspectiva vital? ¿O porque los actores e instituciones sanitarias encargados de responder a estas necesidades sociales en salud son los que modulan los estados de salud-enfermedad de las personas para su conveniencia?</u></p> <p><u>¿Cómo imagino una sociedad justa en salud?</u></p>	

Identificación y definición de categorías
(máximo 500 palabras por cada categoría) Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página

Concepción de salud: concepto intangible y abstracto referenciado a una circunstancia humana o fenómeno social que, a través de la evolución del conocimiento en el tiempo, nos permite describirlo como un fenómeno complejo multicausado, derecho fundamental y bien mixto; caracterizándola a partir de contextos o dimensiones relevantes que particularizan su dinámica de construcción social de salud individual y colectiva para desarrollar proyectos de vida con el propósito de mejorar bienestar. (p. 34)

Equidad en salud: parte de considerar que las desigualdades en los resultados en salud reflejan diferencias de salud entre grupos que socialmente son aceptadas y no tienen una connotación de justicia, mientras que las inequidades o disparidades en los resultados en salud refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas, intolerables y pueden ser evitables.

Por tanto, en el escenario de la justicia social, el concepto de equidad en salud tiene una dimensión moral y ética referida a diferencias innecesarias, evitables e injustas, que deben ser intervenidas desde el SGSSS, considerando el contexto en que se producen y en este propósito, nadie debería estar en desventaja; requiere que toda la población colombiana tenga una oportunidad justa para lograr su salud potencial.(p. 35)

Una práctica en salud sería justa o imparcial si está de acuerdo con principios que todos reconozcan y acepten en condiciones similares, o si todas las personas que participan de ella pueden defender sus respectivas posiciones esperando que las demás personas las acepten. De esta manera, el concepto de imparcialidad se volvería fundamental para la justicia dentro del SGSSS. (p. 12).

El análisis considero las políticas como “públicas” al ocuparse de objetos a estudiar relacionados con situaciones socialmente problemáticas que afectan al colectivo, por lo cual el *análisis de políticas públicas* nos remite a la distinción y separación de las partes de un todo para conocer sus principios o elementos; escisión basada en diferentes enfoques e intencionalidades de análisis para comprender la realidad de procesos involucrados en decisiones desde el momento en que el problema es percibido hasta sus consecuencias para todos los actores, y por tanto el análisis de una política pública, según Walt, debe centrarse en “*la manera como los gobiernos la definen, la aplican y en la forma como el poder se ejerce al interior del grupo*”(Walt,1994:170-171)”. (p. 57)

Con los anteriores supuestos, definimos *políticas públicas en salud* como posibilidades de respuesta basadas en una concepción de justicia que permita pluralismo en su construcción y aplicación desde la sociedad y el Estado para responder a la deficiente situación de salud que actualmente afecta a toda la sociedad colombiana, permitiendo construir socialmente un estado de salud en sus ciudadanos suficiente para desarrollar proyectos de vida que afecten positivamente su calidad de vida, su salud y su bienestar. (p. 58)

<p>Actores (Población, muestra, unidad de análisis, unidad de trabajo, comunidad objetivo) (caracterizar cada una de ellas)</p> <p>Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS): Se inspiró en el modelo de pluralismo estructurado de Frenk y Londoño (1992), concebido como un punto medio entre dos pretensiones polares: un <i>modelo público unificado</i>, donde el Estado financia y suministra directamente los servicios a través de un sistema único integrado verticalmente, pero donde los usuarios no tienen posibilidad de elegir. El otro extremo es el <i>modelo privado atomizado</i>, financiado con gasto del bolsillo de los consumidores o con múltiples seguros de salud que reembolsan a las instituciones prestadoras de servicios de salud. En este esquema, además de que no existe una integración vertical, se genera una asimetría de la información entre el usuario y el prestador.</p> <p>El sistema de salud colombiano, presento como unidades de análisis el componente de aseguramiento, el componente de financiamiento, el componente de prestación y atención. La comunidad objetivo fue toda la población colombiana</p>
<p>Identificación y definición de los escenarios y contextos sociales en los que se desarrolla la investigación (máximo 200 palabras)</p> <p>La seguridad social en salud se inició desde los sistemas modernos capitalistas, justificada por la necesidad de mantener altas tasas de producción y acumulación de riqueza y también se buscaban mecanismos institucionales para vivir más y ser más felices. Esta aproximación es clara en Bentham y Marshall, constituyéndose en un dispositivo de respuesta del Estado y de los gobiernos que permitiría mantener concentrado el poder y la riqueza a través de la plusvalía generada por procesos productivos primarios y secundarios con requerimiento de personal con buena salud y mano de obra calificada, para sostener esta dinámica social de producción. (p. 40)</p> <p>Para Van Parijs (2004), han existido tres modelos de seguridad social cuyas características particulares pueden coexistir por lo cual podríamos decir que no existen modelos puros. Dichos modelos son el <i>bismarckiano</i>, con énfasis en el seguro del trabajador ante el riesgo, el <i>beveridgeano</i> donde se realiza un seguro no solo del núcleo familiar del trabajador asalariado, sino que permite una transferencia de recursos ex ante hacia los asegurados que no tienen formas de pago y estaría este modelo más relacionado con la solidaridad, y el <i>paineano</i>, con su propósito de alcanzar la equidad al proponer darle a cada quien lo que necesita considerando un ingreso completamente incondicional. (p. 41)</p> <p>El escenario de la investigación tiene en su contexto un modelo económico de mercado neoliberal que regula las políticas publicas relacionadas con la atención sanitaria para toda la población colombiana, y se despliega por medio del sistema general de seguridad social en salud, normado en el libro II de la ley 100 de 1993. El escenario social en que se desarrolla la investigación nos muestra un modelo de producción que concentra la plusvalía en pocas manos y una distribución de pobreza, vulnerabilidad, exclusión de la mayoría de colombianos, provocando estados deficientes de salud y ejercicio ordenado de distribución del poder por medio del modelo de prestación y atención en salud, que tiene actualmente el país.</p> <p>La Protección social en Colombia ha sido considerada una política social que contiene el SGSSS, como el componente esencial encargado de los riesgos y la salud de toda la población colombiana el cual genera lógicas redistributivas a favor de los intereses de los actores que</p>

privilegian un enfoque de justicia utilitarista y de prioridad.
<p>Identificación y <u>definición</u> de supuestos epistemológicos que respaldan la investigación (máximo 500 palabras)</p> <p>Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página</p> <p>Reconoceremos en nuestra discusión sobre justicia en salud teorías como <i>las utilitaristas</i>, que utilizan criterios como la eficiencia para reducir los costos de los insumos y recursos para maximizar la utilidad pública, que aplicado a la salud es la búsqueda del máximo rendimiento de las tecnologías en salud para realizar la atención; <i>las comunitaristas</i>, que se apropian del pasado común de una sociedad para su bien común; <i>las liberales</i>, teorías que destacan los derechos a la libertad social y económica de las personas, así como los procedimientos para garantizarlas, y <i>las igualitaristas</i>, que consideran la distribución uniforme de aquellos bienes y beneficios que toda persona racional valoraría en una sociedad democrática. (p. 4)</p> <p>Al privilegiar en la disertación la concepción perfeccionista, la <i>justicia</i> se concebiría como una noción moral primitiva entre agentes mutuamente interesados y en circunstancias similares, teniendo inmerso en su interior un concepto fundamental, que sería el de imparcialidad (<i>fairness</i>) (Rawls, 2002:143). (p. 5)</p> <p>Según Rawls (1971:256), <i>la posición original</i> es la interpretación procedimental de la concepción kantiana de la autonomía y del imperativo categórico. Rawls reemplaza la elección individual del individuo por la elección del colectivo, donde los sujetos no eligen en abstracto sino en circunstancias históricas de justicia (teoría empírica).</p> <p>Además de las restricciones formales para escoger los principios pertinentes de justicia, la constitución del escenario normativo que propone Rawls está acompañada por “el velo de la ignorancia”, que supone evitar la búsqueda del propio provecho, incluso de forma involuntaria o inconsciente (<i>no tener interés en los intereses de los demás</i>). En el modelo normativo, quienes deben decidir han de desconocer mutuamente sus circunstancias particulares, lo cual les obliga a elegir esos principios teniendo en cuenta sólo consideraciones generales y racionales. (p. 9).</p> <p>La relación entre los sentimientos y la razón constituye el sentido de la justicia en salud que deberían tener todas las personas, el cual podría ayudar a generar y mantener esquemas de cooperación, amistad y confianza que permitieran ejercer prácticas sociales en salud beneficiosas para todos. <u>Aquí el perjudicado podría sentir resentimiento, considerado como reacción ante las injurias y daños – mala salud- que nos infringen las acciones indebidas de otros -SGSSS.</u> (p. 14).</p>
<p>Identificación y <u>definición</u> del enfoque teórico (máximo 500 palabras)</p> <p>Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página, señalar principales autores consultados</p> <p>La teoría perfecta de la justicia de Rawls (2002:18) está conformada por cuatro (4) planos relacionados con la ética normativa, el discurso práctico, la metodología del razonamiento práctico y la fundamentación teórica, los cuales contienen, respectivamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un primer plano relacionado con la <i>ética normativa</i>, cuya noción de justicia social reposa sobre principios sustantivos para juzgar la rectitud de normas e instituciones con un ideario de teoría política liberal que permita juzgar la rectitud de dichas normas, dentro de una interpretación social-democrática fuertemente igualitaria.

- ✓ Un segundo plano tiene que ver con una mirada cognitivista que lo guía, por la cual es posible aceptar o rechazar principios materiales de justicia con argumentos que se mueven a nivel general y de abstracción. Este es *un discurso práctico* a favor de por qué debemos guiarnos por ellos en nuestro juicio y en nuestra conducta.
- ✓ Un tercer plano de validación de los principios a través de la deliberación, que define restricciones a los temas para poder ser objeto de discusión. Esta *metodología del razonamiento práctico* se desarrolla a través de la reelaboración del contrato social, que sería la aplicación del pensamiento al escenario de prácticas sociales en salud a través de la disertación.
- ✓ Un último plano relacionado con la fundamentación de la teoría, la cual se completa con consideraciones metateóricas, como el constructivismo kantiano y la teoría moral, situadas en el plano de la *autorreflexión de la teoría*.

Este cuarto plano de la teoría de justicia de Rawls se considera la metarreflexión teórica realizada desde el constructivismo kantiano y la teoría moral, al considerarnos sujetos morales racionales capaces de concebir la sociedad como un sistema imparcial de cooperación. (p. 5).

La propuesta de justicia de Sen nos muestra al sentimiento moral como su idea central al privilegiar las experiencias y realizaciones humanas que ocurren en sociedades mas o menos justas y reales para la elección plural de principios hacia la justicia social y configurar acuerdos sociales basados en el principio de igualdad y una transición gradual de los patrones de conducta, donde la salud sería considerada una capacidad y una posibilidad de libertad para todos los integrantes de la sociedad. (p. 20)

Para Sen (1987) la "*justicia comparativa basada en realizaciones*" se desarrollaría desde la teoría de capacidades como una explicación del bienestar; por tanto, su idea de justicia sería un avance de la sociedad en términos de capacidades. Desde este escenario teórico, nos plantea los funcionamientos y las capacidades como los materiales de la justicia que van a constituir una teoría general para comprender y explicar el bien-estar y la ventaja; considerando *el bien-estar* como la evaluación de un logro particular de la persona y *la ventaja* como las oportunidades reales a las que se enfrenta la persona (Sen, 2009:317). (p. 21)

Principales autores consultados:

- ✓ Jhon Rawls
- ✓ Ronald Dworkin
- ✓ Amartya Sen
- ✓ Adán Smith
- ✓ Martha Nussbaum
- ✓ Nancy Fraser
- ✓ Axel Honneth
- ✓ Doyal y Gough
- ✓ Norman Daniels

<p>Identificación y <u>definición</u> del diseño metodológico (máximo 500 palabras) Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página</p>
<p>Se desarrollo un análisis de política pública del sistema de salud colombiano desde un enfoque cualitativo con perspectiva hermenéutica critica partiendo de la siguiente hipótesis: <u>La salud de los sujetos no solo dependerá de las necesidades y prácticas sociales en salud de toda la población colombiana; sino que su complejidad estará dada por la respuesta del sistema sanitario, la cual depende de los intereses e interpretaciones sobre la justicia en salud por parte de sus actores.</u> (p. 53)</p> <p>El objetivo general de la tesis fue <u>comprender las concepciones de justicia que se instalan en los componentes de financiación, aseguramiento, atención y prestación del actual SGSSS</u> (p. 57)</p> <p>Se definieron categorías como Salud(pg. 34), Justicia en Salud (p. 12),Equidad en Salud (p. 35) , Políticas Publicas en Salud (p. 58),</p> <p>Se analizaron los componente de financiamiento, aseguramiento y de prestación y atención del SGSSS durante el periodo 1991-2013 (pp. 47,53 y 649).</p>
<p>Identificación y definición de los principales <u>hallazgos</u> (empíricos y teóricos) (máximo 800 palabras) Debe extraer las ideas principales y párrafos señalando el número de página</p>
<p>La serie de financiamiento presentada nos ratifica la <i>hipótesis planteada para este componente</i>, al evidenciar que las tendencias del gasto total en salud durante los últimos 22 años muestran que los recursos en salud han aumentado geométricamente: 6,89 veces en los primeros 16 años y 11,61 veces en los últimos 6 años. (p. 50)</p> <p>Así las cosas, los comportamientos del PIB destinado a salud en los últimos años son ascendentes, y se estima que actualmente 10,5% del producto interno bruto (PIB) se destina a la salud, lo cual ratifica que la injusticia del sistema ha aumentado al generar diferentes niveles de salud a las poblaciones pertenecientes a diferentes regímenes, a pesar de la redistribución aumentada de recursos para todo el sistema de salud. (p. 53)</p> <p>La serie de cobertura universal presentada nos muestra una tendencia que ha aumentado el aseguramiento durante los últimos 22 años, pero la cobertura carece <i>del principio de equidad</i> al considerar una concepción utilitarista de justicia que mide la cobertura potencial del sistema pero no el acceso a iguales servicios de salud.</p> <p>Así las cosas, la cobertura universal efectiva requiere de la exigencia de universalidad que nos plantea Rawls desde su propuesta perfeccionista de justicia donde la imparcialidad cómo idea central aplicaría para toda la población colombiana independiente de su condición de estar afiliado al SGSSS o seguir considerándose como vinculados. Por tanto, deberíamos analizar toda la atención en salud con cobertura universal efectiva y no sólo la cobertura en seguridad social, cimentada en frágiles condiciones sociales y de trabajo. (p. 64)</p> <p>El comportamiento del componente de prestación y atención del SGSSS durante el periodo de análisis, muestra la relación entre oferta de instituciones y servicios de salud en relación con demanda de servicios de salud de la población colombiana persistiendo barreras de acceso para</p>

la atención, las cuales nos permiten decir que de cada 10 personas que solicitan un servicio de salud, solamente se oferta y se realiza una atención efectiva a cuatro(4) personas, lo cual provoca que seis(6) colombianos no puedan solucionar la totalidad de sus necesidades sociales en salud. (p. 60)

Se demostró que el enfoque de justicia del SGSSS privilegia la concepción utilitarista y de prioridad, mientras la justicia imparcial, equitativa e igualitaria se reconoce como un discurso ideológico de mantenimiento de poder, con pocas posibilidades de modificar su actual enfoque de riesgo (p. 84).

Observaciones hechas por los autores de la ficha
(Esta casilla es fundamental para la configuración de las conclusiones del proceso de sistematización)

A lo largo de la investigación hemos presentado teorías de justicia desde corrientes liberales comunitarias, utilitaristas y de prioridad que podrían ser aplicadas a la salud haciendo énfasis en el enfoque de la corriente liberal, la cual trasciende la postura utilitarista y representa el escenario donde la teoría perfeccionista de justicia imparcial de Rawls seria el modelo para intentar equilibrar el conflicto entre libertad individual e igualdad material, significado que nos muestra que debemos tener igual respeto por todos los proyectos de vida y tener un cierto grado de igualdad material que nos permita acercarnos a una libertad real.

También se demostró con la Idea de Justicia de Sen que las respuestas sociales en salud deben estar en función de vidas, capacidades y libertades de las personas involucradas en su autocuidado, provocando que instituciones del SGSSS jueguen un papel instrumental acorde con lo justo en salud para todos los colombianos; Por tanto, las decisiones en salud que tomen los individuos podrían privilegiar y soportarse en la razón o el sentimiento moral.

Hemos indagado sobre cuál es la concepción de justicia en salud inmersa en el Sistema de Salud Colombiano y orienta sus procesos centrales de financiación, aseguramiento, atención y prestación. Se demostró que su enfoque de justicia privilegia la concepción utilitarista y de prioridad, mientras la justicia imparcial, equitativa e igualitaria se reconoce como un discurso ideológico de mantenimiento de poder, con pocas posibilidades de modificar su actual enfoque de riesgo (p. 79).

Productos derivados de la tesis
(artículos, libros, capítulos de libro, ponencias, cartillas)

1. Investigación: concepción de justicia del sistema de salud chileno. Pendiente publicar los resultados
2. Investigación: concepciones de justicia y equidad en salud en Bogotá. Pendiente publicar los resultados
3. Cátedra: Salud y capacidades – Facultad de ciencias de la salud, Universidad de la Salle
4. Modulo de SGSSS , especialización en administración en salud publica, facultad de medicina, Universidad Nacional de Colombia

Artículos en Revistas científicas:

Agudelo, C; Cardona, J; Ortega, J; Robledo, R. (2011). “Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas”. En *Ciência & Saúde Coletiva* [Publicación digital]. 16 (6): 2817–28. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>

Ortega, J. (2012). “La facultad de Ciencias de la Salud, una oportunidad de incidencia nacional”. En *Cien. tecnol. salud. Vis. ocul* , vol. 10, no. 1 / enero-junio, pp. 7-9. ISSN 1692-8415.

Ortega, J. (2012). “El cuerpo como escenario de vulnerabilidad social en salud”. *Rev. Salud pública*, Vol. 14 n° 6 Bogotá nov. /dic. 2012

Ortega, J. (2013). “Justicia social en salud: un contexto de flexibilización laboral y vulnerabilidad social”. En *Cien. tecnol. salud. vis. ocul.* vol. 11, no. 1, enero-junio, pp. 81-92. ISSN 1692-8415.

CONTENIDO

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I. LA IDEA DE JUSTICIA	7
<i>1.1 Teoría perfeccionista de justicia</i>	<i>8</i>
<i>1.2 La justicia imparcial en salud</i>	<i>21</i>
1.2.1 El sentido de la justicia en salud	25
1.2.2 La justicia distributiva en salud	28
1.2.3 La igualdad de recursos en salud.....	32
<i>1.3 La idea de justicia de Sen</i>	<i>35</i>
1.3.1 La noción de justicia en Adam Smith.....	47
CIERRE CAPÍTULO I	51
CAPÍTULO II. SIGNIFICADO DE EQUIDAD EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE JUSTICIA	54
<i>2.1 La Justicia social en salud</i>	<i>55</i>
<i>2.2 Concepciones y abordajes de la equidad en salud</i>	<i>58</i>
2.2.1 La concepción de salud	60
2.2.2 La equidad en salud	61
2.2.3 ¿Cuál es el grado de equidad del SGSSS?	65
<i>2.3 El SGSSS: De la Solidaridad (fraternidad) a la Equidad.....</i>	<i>68</i>
2.3.1 ¿Cuál es la concepción de justicia que está inmersa o ausente en el sistema de salud colombiano?	70
2.3.2 Financiamiento del SGSSS	73
Cierre del capítulo II.....	84
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.....	87
<i>3.1. La igualdad en escenarios de justicia social en salud</i>	<i>88</i>
<i>3.2 El SGSSS: un problema de justicia</i>	<i>93</i>
3.2.1 Magnitud del problema	95
<i>3.3 Análisis cobertura universal en salud (CUS)</i>	<i>103</i>
3.3.1 La concepción de justicia en la CUS.....	103
3.3.2 Contexto de protección y seguridad social en salud.....	105
3.3.3 La Cobertura Universal en salud (CUS): definiciones y dimensiones	108
3.3.4 Comportamiento de la CUS en Colombia.....	111
3.3.5 ¿Por qué no se logra la CUS en Colombia?	118
Cierre del capítulo III.....	123
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	126
<i>4.1 Concepciones de justicia en la reforma del SGSSS</i>	<i>126</i>
4.1.1 La definición de un enfoque de justicia y equidad en salud.....	127
4.1.2 Cambios en el modelo de prestación y atención en salud.....	127
<i>4.2 Conclusiones disertación doctoral</i>	<i>131</i>
<i>4.3 Recomendaciones para un justo sistema de salud en Colombia</i>	<i>136</i>
REFERENCIAS	138

Tabla de Gráficos

Gráfica 2.3.a. Gasto en salud, Serie 1993-2003	74
Gráfica 2.3.b. Gasto en millones, Serie 1993-2003	75
Gráfica 2.3.c. Gasto en salud, Serie 2003-2011	76
Gráfica 2.3.d. Gasto en millones, Serie 2003-2011	77
Gráfica 2.3.e. Gasto por régimen del SGSSS, Serie 1993-2003	78
Gráfica 2.3.f. Porcentaje del gasto por régimen del SGSSS, Serie 2003-2011.....	80
Gráfico 3.2.a. Caracterización de prestaciones y población atendida 2011-2012	98
Gráfico 3.2.b. Relación entre población afiliada al SGSSS y población única atendida, 2011-2012	99
Gráfico 3.2.c. Comportamiento de tutelas en salud, 1992-2012.....	102
Gráfico 3.3.a. Comportamiento de la cobertura universal por régimen, 1990-2013	113
Gráfico 3.3.b. Comportamiento de la cobertura universal en salud, 1993-2009	114
Gráfico 3.3.c. Comportamiento de la población afiliada, 2000-2013.....	116
Gráfico 3.3.d. Comportamiento del porcentaje de afiliación, 2000-2013.....	117

Resumen

Veintidós años después de su puesta en marcha el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) presenta indicadores de atención en salud, como la esperanza de vida, la reducción de la mortalidad infantil y la cobertura de la población en general, con una tendencia positiva. No obstante, estos indicadores trazadores están basados sólo en los grupos poblacionales que logran acceder a la atención, los cuales no evidencian la situación de salud de la mayoría de la población colombiana.

El comportamiento de la financiación del sector nos muestra que en el periodo 1991-2013, pese al ascenso del gasto en salud, la redistribución de recursos dentro del sistema fue orientada por la utilidad y las prioridades de unos pocos actores del sistema, generando un comportamiento atípico del gasto donde de cada 100 pesos destinados a la atención, solamente 40 pesos se invertían en la atención de los usuarios, provocando una intermediación cercana al 60%.

El comportamiento del aseguramiento en salud del periodo muestra una cobertura potencial, definida como población afiliada al sistema en sus regímenes contributivo, especial y subsidiado entre el 88 y el 94%, con base en criterios de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de la oferta de servicios de salud; la cobertura efectiva en salud entendida como la población afiliada que logra solucionar su problema de salud apenas alcanza al 41% de la población afiliada que demanda servicios.

Por ello nos preguntamos ¿qué concepciones de justicia orientan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se sitúan en sus procesos centrales de financiación, aseguramiento, atención y prestación?

La reflexión teórica de la justicia aplicada a la salud, nos permitió identificar y desarrollar concepciones perfeccionistas sobre la justicia que, desde Rawls y Dworkin,

estarían inmersas en una corriente de pensamiento liberal, con énfasis en las instituciones y en los recursos; en tensión con ideas de Justicia desde Sen, cuyo énfasis estaría más cerca de la razón en sus decisiones en salud.

Se construyó el significado de lo justo en salud al reconocer diversas perspectivas teóricas y criterios de justicia social desde Nussbaum, Honneth, Fraser, Doyal y Gough como *el reconocimiento social, la redistribución económica y la representación política*, que en su interacción configuran un prisma para mirar la salud como una necesidad humana y una capacidad que nos genera autonomía y libertad.

Se desarrolló un análisis de política pública desde un enfoque cualitativo con perspectiva hermenéutica crítica, con el objetivo general de comprender las concepciones de justicia que se instalan en los componentes de financiación, aseguramiento, atención y prestación del actual SGSSS, partiendo de la siguiente hipótesis de trabajo: La salud de los sujetos, no solo dependerá de las necesidades y prácticas sociales en salud de toda la población colombiana sino que su complejidad estará dada por la respuesta del sistema sanitario, la cual depende de los intereses e interpretaciones sobre la justicia en salud por parte de sus actores.

Se demostró que la concepción de justicia dentro del SGSSS privilegia la concepción utilitarista y de prioridad, mientras la justicia imparcial, equitativa e igualitaria se reconoce como un discurso ideológico de mantenimiento de poder, con pocas posibilidades de modificar el modelo de prestación y atención actual del SGSSS.

No se requiere tener previamente una sociedad colombiana ideal con esquemas sociales completamente justos, sino que la salud y nuestro sistema de salud deben apelar a las teorías de justicia de corriente liberal para lograr un SGSSS imparcial, equitativo e igualitario, que avance hacia la universalidad desde el aseguramiento y la solidaridad para lograr la equidad en salud, considerando la salud como un bien público y soportándose en la riqueza de la sociedad.

Palabras clave: justicia, imparcialidad, sentimiento moral, igualdad, equidad en salud, sistema de salud,

Introducción

La justicia era la virtud por excelencia para la filosofía platónica, aristotélica y estoica, así como para los jurisconsultos romanos y autores de la ilustración escocesa; era una concepción de virtud capital en cuanto a su relación de equilibrio entre las clases sociales representadas por el pueblo, los vigilantes y los filósofos, las cuales correspondían a virtudes como la templanza, la fortaleza y la sabiduría; en este ideal de sociedad antigua los distintos órdenes normativos que regulaban la conducta humana nos muestran que las relaciones entre los hombres entre sí y con el Estado, tenía un alcance más individual que de fortalecer instituciones como la familia, o grupos sociales con diversas necesidades en salud.

Esta concepción de justicia al estar centrada en el individuo es insuficiente para abordar la problemática de salud actual de la población colombiana, debido a que el enfoque de nuestra justicia sanitaria privilegia más los intereses particulares de actores e instituciones del sistema de salud que su función primordial de generar una atención en salud que permita satisfacer las necesidades sanitarias de nuestra sociedad.

Si la salud es una necesidad de toda la sociedad colombiana, un prerequisite para el funcionamiento pleno de sus individuos, para la construcción de proyectos de vida que permitan distintos grados de bienestar, desarrollo y calidad de vida, nos interesa indagar ¿Cuál es la concepción de justicia que debe orientar el sistema de salud colombiano? así como identificar la concepción de justicia en salud que orienta el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de nuestro país y poder comprender por qué existen grupos poblacionales que no pueden acceder a una atención en salud, mientras otros grupos sí logran mejores niveles de salud y un acceso efectivo al sistema sanitario nacional.

Las anteriores inquietudes reconocen la necesidad de una concepción de justicia sanitaria más institucional y colectiva que exige cambiar el escenario de análisis al pasar

de sujetos virtuosos en sociedades ideales a sujetos que conviven en sociedades más o menos justas y reales como la nuestra. Así las cosas la posibilidad de justicia sanitaria permitiría generar acuerdos en relación con la distribución equitativa del bien salud y sus efectos en nuestra sociedad actual.

En este sentido, no sería necesario tener una teoría de justicia en salud que pretenda maximizar la utilidad pública para unos pocos; sino enfoques teóricos de justicia imparcial aplicable al sistema de salud colombiano como un objetivo político, moral y ético que trascienda los análisis de desigualdades y permita comparar inequidades en salud entre diferentes grupos poblacionales que habitan nuestro país. Esta comparación permitiría colegir un enfoque de justicia distributivo de consenso universal, donde esta concepción pública de justicia sea válida para toda la sociedad colombiana.

Llegar a proponer una sociedad justa en salud en Colombia tiene como punto de partida la relación y tensión entre una *teoría perfecta* de la justicia que plantea Rawls y una *idea* de la justicia de Sen. Discusión que nos permite reconocer la imparcialidad como la idea central de la justicia de Rawls, para aceptar o rechazar un estado de salud que desde el nacimiento es desigual para cada una de las personas, pero que sería una inequidad al considerarse que no puede ser aceptado por la sociedad requiriendo de una respuesta más igualitaria por parte del sistema sanitario colombiano.

A lo largo de esta discusión sobre cómo construir una sociedad justa en salud que reconozca la pluralidad y la diversidad del país, podremos identificar si se está aplicando la imparcialidad como la idea central de la teoría perfeccionista de justicia contenida en los componentes de financiamiento, aseguramiento, prestación y atención efectiva en salud del SGSSS.

Los elementos de la disertación también nos ayudarán a identificar otras concepciones de justicia distintas a la imparcialidad al interior del actual sistema de salud, así como encontrar posibilidades para construir una sociedad justa en salud; la

cual tenga en cuenta los derechos a la libertad social y económica, pero también los procedimientos para garantizar una distribución uniforme de bienes públicos como la salud.

Con los anteriores propositos, la indagacion sobre la concepcion de justicia del sistema de salud colombiano, que reconozca la pluralidad y las diferentes necesidades sociales en salud de toda la población colombiana, es la que se pretende comprender en los siguientes apartados.

Capítulo I. la idea de justicia

¿Cómo imaginar una sociedad justa en salud?

Este capítulo presenta algunas de las teorías sobre justicia y su eventual incidencia sobre los sistemas de salud y sus prácticas sociales con elementos propuestos desde la corriente liberal por autores como Hobbes, Locke, Rousseau, Kant y Rawls, los cuales nos permitan reconocer posturas y tensiones de dicha corriente para proponer la reconfiguración de un liberalismo más social en salud.

Las discusiones de la tesis giran en torno a la tensión entre las *teorías perfeccionistas* de John Rawls y Ronald Dworkin, liberales e igualitarios, que se ocupan de la libertad individual, y las *ideas de justicia* propuestas por Amartya Sen y Adam Smith, que se ocupan de la distribución de capacidades. Aplicar estas tendencias a nuestro SGSSS, nos podría mostrar tensiones que desde la primera tendencia teórica representada por Rawls y Dworkin, a la imparcialidad como el criterio primordial en las elecciones en salud; mientras que desde la segunda tendencia teórica, las decisiones sanitarias serían orientadas desde la razón.

Para Alean (2012:20), la idea de justicia de Sen llamada “*justicia comparativa basada en realizaciones*” parece responder a una lectura que recoge y adopta ideas de pensadores de la Ilustración europea en los que pueden apreciarse elementos de dos corrientes: de la corriente *contractualista*, basada en un hipotético contrato social entre instituciones y reglas, rescata y reconoce el pensamiento de Hobbes, Locke, Rousseau, Kant y Rawls, para distanciarse luego de ellos y de la segunda corriente, basada en realizaciones sociales, retoma autores como Smith, Condorcet, Bentham, Marx y J. S. Mill.

El capítulo se subdivide en cuatro secciones. La primera trata sobre la idea perfeccionista de la justicia e indaga sobre lo justo de las instituciones, que se

encuentran enmarcadas en una sociedad ideal. La segunda sección presenta el enfoque de Rawls sobre la justicia imparcial, donde se reconoce el sentido de la justicia y la justicia distributiva y su aplicación a las instituciones sociales, especialmente al sistema sanitario. En esta sección, se presenta la igualdad de recursos en salud a partir de la concepción de justicia de Dworkin, la cual se aleja del utilitarismo y se constituye en una concepción liberal de igualdad. La tercera sección presenta la idea fundamental de justicia de Sen y su teoría de capacidades, en cuyo marco la salud se considera como un bien implícito, una capacidad y se constituye en medio para una mayor libertad.

Para cerrar el capítulo, se presenta la discusión teórica sobre justicia aplicada al actual sistema sanitario del país. Se propone observar lo justo en salud del SGSSS, a partir de las relaciones entre sus actores, componentes, procesos con sus correspondientes modelos de atención y prestación en relación con intereses particulares, donde los resultados e impactos que dicha relación genera sobre el modelo estarían orientados desde enfoques de justicia más cercanos al utilitarismo y la prioridad.

Tomando en cuenta las relaciones entre los componentes del SGSSS y los actores del sistema de salud colombiano, nuestra propuesta de comprensión de la justicia en salud requiere una mejor consideración de los enfoques perfeccionistas de justicia. En este orden de ideas, Sen ve la simpatía en el sentido estándar de la teoría económica, el cual es distinto al concepto de simpatía desde la filosofía moral de Smith; por tanto en el marco de un enfoque perfeccionista podríamos proponer la *simpatía* como valor fundamental de la transacción social entre los profesionales del sector salud y los ciudadanos con necesidades diferentes de respuesta a sus necesidades sociales en salud.

1.1 Teoría perfeccionista de justicia

Aristóteles (384 AC - 322 AC), cuando se refería a la justicia la explicaba de la siguiente manera: *“Parece que la justicia consiste en igualdad, y así es, pero no para*

todos, sino para los iguales; y la desigualdad parece ser justa, y lo es, en efecto pero no para todos, sino para los desiguales”.

Según Aristóteles, “*la justicia es una necesidad social porque el derecho es la regla de la vida para la asociación política y la decisión de lo justo es lo que constituye al derecho*”. Así, la justicia es condición para un Estado ideal donde las formas asociativas mínimas y el individuo en ellas generan una sociedad feliz con posibilidad de hombres buenos y virtuosos; aquí, el sujeto social construye el hecho natural de asociación como base de una estructura social particular, en la cual la justicia sería la igualdad para los que tienen similares condiciones y sería una desigualdad justa para los que se encuentran en diferentes condiciones.

En este orden social, el referente son los individuos que conforman una sociedad ideal -la polis griega-, donde la justicia constituye el equilibrio de los hombres entre sí y con el Estado. Lo justo era una virtud atribuible a las acciones particulares de las personas, correspondiente a los preceptos normativos de académicos y filósofos, practicada por gobernantes y ciudadanos y vigilada por los militares. Aplicado a la medicina, este principio de justicia como virtud se ocupa únicamente de la ventaja del objeto sobre el que aquella se ejerce; es decir, la misión de una medicina justa era *dar salud individual*.

Históricamente, y dependiendo de sus intereses particulares o del énfasis de sus categorías, el debate sobre la justicia y lo justo ha permitido a los diferentes pensadores inclinarse por interpretaciones más deliberativas o más contractualistas -como en Rawls-, considerando en nuestra reflexión oportuno analizar la influencia de Kant en *la teoría perfeccionista sobre lo justo* de John Rawls, quien lleva a un mayor nivel de abstracción “la teoría del contrato social” que plantearon Locke, Rousseau y Kant, con lo cual se producen tensiones teóricas y epistemológicas sobre el sentido de justicia imparcial en salud.

En este sentido, reconoceremos en nuestra discusión sobre justicia en salud tensiones entre enfoques perfeccionistas desde Rawls con teorías *utilitaristas* desde *J.S. Mill* que utilizan criterios como la eficiencia para reducir los costos de los insumos y recursos para maximizar la utilidad pública, que aplicado a la salud es la búsqueda del máximo rendimiento de las tecnologías en salud para realizar la atención.

Teorías *liberales*, que destacan los derechos a la libertad social y económica de las personas, así como los procedimientos para garantizarlas, en tensión con teorías *comunitaristas*, que se apropian del pasado común de una sociedad para su bien común; o con teorías *igualitaristas*, que consideran la distribución uniforme de aquellos bienes y beneficios que toda persona racional valoraría en una sociedad democrática.

Al trascender la postura utilitarista relacionada con que el fin justifica los medios, o no poder proteger el derecho de las minorías, ni brindar fundamentos para predecir las consecuencias de sus acciones, la corriente liberal sería el escenario donde la justicia imparcial fuera el modelo para intentar equilibrar la libertad individual y la igualdad material; así, el planteamiento de Rawls (1971) de que “*la justicia es la primera virtud de las instituciones sociales*”, especialmente las del sistema sanitario, permitiría acercar el enfoque del liberalismo clásico con posiciones más socialdemócratas que permitan construir una postura en salud más igualitaria.

Poder superar el conflicto entre igualdad y libertad implica igual respeto a todos los proyectos de vida, donde la realización de la libertad real exige cierto grado de igualdad material. Así las cosas, desde la perspectiva de esta disertación se considera pertinente la concepción liberal sobre la justicia desde una perspectiva perfeccionista rawlsiana sustentada en la imparcialidad como categoría sintética de la tesis para que el individualismo, la libertad y la hegemonía del mercado de seguros que aquejan al sistema de salud sean superados con propuestas más sociales, igualitaristas y con mayor presencia del Estado.

La discusión que propone Rawls es una crítica brutal en contra del utilitarismo al considerarlo monista y parcializado desde los primeros capítulos de *Teoría de la Justicia* donde propone que la teoría perfecta de justicia sustentada en la imparcialidad, genere un contrato social entre sujetos racionales, interesados, que realizan elecciones unánimes de justicia para no ser considerados medios y considerados como fines puedan establecer un balance entre sus pérdidas y sus ganancias para lograr libertad real como producto de la transición inmediata de sus patrones de conducta.

Así las cosas, en su texto de Justicia Distributiva, Rawls nos dice que, “*de acuerdo con la doctrina contractualista, su teoría de justicia forma parte de la teoría general de la elección racional kantiana*” por tanto, no es utilitarista ni cree en el sentimiento moral, Rawls (1967:125). Así nadie es un medio para los fines de la sociedad en general y defiende la prioridad de la libertad e individualidad según el principio kantiano de “la persona es un fin en sí mismo, no un medio”, y se constituye en un ser libre que aporta a la justicia social en salud a partir de elementos del contrato social como un pacto entre egoístas racionales, cuya estabilidad depende de un equilibrio de poder y una similitud de circunstancias.

Con esta concepción perfeccionista la *justicia* se concebiría como una noción moral primitiva entre agentes mutuamente interesados y en circunstancias similares, teniendo inmerso en su interior un concepto fundamental, que sería el de imparcialidad (*fairness*) (Rawls, 2002:143).

La teoría perfecta de la justicia de Rawls (2002:18) está conformada por cuatro (4) planos relacionados con la ética normativa, el discurso práctico, la metodología del razonamiento práctico y la fundamentación teórica, los cuales contienen, respectivamente:

✓ Un primer plano relacionado con la *ética normativa*, cuya noción de justicia social reposa sobre principios sustantivos para juzgar la rectitud de normas e

instituciones con un ideario de teoría política liberal que permita juzgar la rectitud de dichas normas, dentro de una interpretación social-democrática fuertemente igualitaria.

✓ Un segundo plano tiene que ver con una mirada cognitivista que lo guía, por la cual es posible aceptar o rechazar principios materiales de justicia con argumentos que se mueven a nivel general y de abstracción. Este es *un discurso práctico* a favor de por qué debemos guiarnos por ellos en nuestro juicio y en nuestra conducta.

✓ Un tercer plano de validación de los principios a través de la deliberación, que define restricciones a los temas para poder ser objeto de discusión. Esta *metodología del razonamiento práctico* se desarrolla a través de la reelaboración del contrato social, que sería la aplicación del pensamiento al escenario de prácticas sociales en salud a través de la disertación.

✓ Un último plano relacionado con la fundamentación de la teoría, la cual se completa con consideraciones metateóricas, como el constructivismo kantiano y la teoría moral, situadas en el plano de la *autorreflexión de la teoría*.

Este cuarto plano de la teoría de justicia de Rawls se considera la metarreflexión teórica realizada desde el constructivismo kantiano y la teoría moral, al considerarnos sujetos morales racionales capaces de concebir la sociedad como un sistema imparcial de cooperación.

La teoría de justicia propuesta por Rawls nos muestra que su objetivo no era “la verdad moral”, que se entiende como la correspondencia de un sistema de enunciados con algún orden moral independiente, sino que pretendía construir las bases de un acuerdo operativo entre ciudadanos libres por medio del ejercicio público de la razón para llegar a libres acuerdos dentro de su estructura básica de sociedad.

A través de los planos de su teoría, Rawls nos propone reformar las normas e instituciones básicas que regulan nuestra convivencia por medio de acuerdos entre

desiguales. En esta construcción teórica, los cuatro (4) planos presentados nos muestran “*la posición original*”¹ como el escenario y medio de reflexión pública donde el primer plano -ético normativo-, basado en posibilidades de acuerdos y principios para juzgar la rectitud de normas, instituciones y en forma indirecta de acciones, trata de dar respuesta sobre qué hacer o qué pautas podrían guiar nuestro juicio moral.

Al pasar al segundo plano, debemos justificar con argumentos nuestras decisiones de aceptar o rechazar estas opciones, que configuran el discurso práctico que ordena nuestras conductas. Este segundo momento de la teoría exige elaborar argumentos para someterlos a validación por crítica y deliberación. Es entonces cuando se pasa al tercer plano, aquí “*el velo de la ignorancia*”² establece simetría entre las partes para garantizar unanimidad en los acuerdos y decisiones, los cuales deben ser interiorizados como principios de justicia para proteger los intereses de todos; así las cosas, cualquier principio que no sea elegido detrás del velo de la ignorancia no puede ser justo.

El anterior razonamiento práctico nos coloca en una situación equitativa para formar parte de la reformulación de ese contrato social que acoja los intereses de todos; así, las decisiones que se adopten deben ser comprendidas desde el cuarto plano de la teoría - a partir de interpretar la idea de la justicia imparcial, donde Rawls asume una posición liberal desde el constructivismo kantiano, según el cual los seres humanos

¹Estado originario de igualdad primordial (imparcialidad) en el que un grupo de individuos racionales e interesados por sí mismos han de elegir los principios que regirían el tipo de sociedad en el que quieren vivir

²Estado imaginario que garantiza la imparcialidad del proceso de elección, ignorando sexo, raza, edad, religión, rasgos físicos o tipo de sociedad en la que viven, para que aseguren su autonomía y puedan alcanzar sus intereses.

somos sujetos morales racionales capaces de concebir la sociedad como un sistema imparcial (*fair*) de cooperación para justificar racionalmente nuestros juicios morales y sus relaciones con la sociedad.

En la filosofía moral, donde encontramos la teoría moral, “la justificación” como problema práctico está relacionada con el constructivismo kantiano, el cual pretende establecer conexión entre los primeros principios de la justicia y la concepción de personas morales libres e iguales; entonces, la imparcialidad resultaría de la aplicación de reglas que permitan contar con ciertas libertades básicas o bienes primarios sociales para todos como punto de partida, y un segundo momento para garantizar que cualquier forma de distribución desigual genere beneficios para los menos aventajados de la sociedad.

En este último plano su teoría, considerada como una teoría moral, estaría encaminada a organizar nuestras convicciones morales intuitivas, estableciendo entre ellas coherencia a través del “equilibrio reflexivo”, donde no se trata de construir o acordar principios morales sino de encontrar aquellos que mejor se ajusten a los juicios que emitimos en circunstancias de reflexión para evitar distorsiones en nuestras decisiones y acciones.

De esta manera, podemos decir que Rawls no pretendía elaborar una teoría de la justicia desde el punto de vista individual, sino una teoría de justicia política que fuera considerada desde el punto de vista de la comunidad, o sea de la relación de los miembros del colectivo. Por tanto, los contenidos y funcionamientos de los cuatro planos nos muestran que su teoría no pretende ser completa; su propósito es defender una concepción de la justicia aplicable a un caso especial que él mismo denomina “la estructura básica de la sociedad”, el cual ofrece una serie de argumentos a favor de un conjunto de principios que sirvan de criterios para la justificación y crítica de las instituciones fundamentales de la sociedad.

Aquí, Rawls nos propone una justicia más procedimental que dé resultados, por lo que la equidad del procedimiento garantizaría la equidad del resultado, que sería “la justicia como imparcialidad”. Esta teoría perfeccionista de justicia llevaría a un nivel más alto de abstracción la concepción tradicional del contrato social, pues la justicia se constituiría así como la virtud más importante de las instituciones sociales.

En este escenario, el objetivo primario de la justicia imparcial está relacionado con la estructura básica de la sociedad y el modo como las grandes instituciones sociales distribuyen los derechos y deberes fundamentales que determinan la división de las ventajas provenientes de la cooperación social para proporcionar pautas que evalúen los aspectos distributivos de la estructura básica de la sociedad.

La justicia imparcial es un ideal social donde los principios son sólo una parte y se constituyen en el objeto del acuerdo original entre personas libres y racionalmente interesadas en promover sus propios intereses, aceptando los términos que fundamentan su asociación para regular las instituciones. Por tanto, después de haber escogido una concepción de justicia, los participantes acogerán una constitución y un poder legislativo que aplique las leyes de acuerdo con los principios de justicia convenidos originalmente.

La tensión de la propuesta imparcial de justicia es contra el utilitarismo, considerado desde un sentido cualitativo del cálculo unitario como máximo bienestar para el mayor número. En economía neoclásica se llama utilidad a la satisfacción de preferencias mientras que desde la filosofía moral es sinónimo de felicidad; así nuestra crítica entonces es contra el utilitarismo propuesto por John Stuart Mill, quien nos habla de maximizar la felicidad general, al considerar algunos placeres de una calidad superior a otros, siendo este el principio de utilidad que critica Rawls.

Así las cosas, si el principio de utilidad fuera reconocido para reclamar menores perspectivas vitales para algunos y una mayor ventaja para otros, sería incompatible con la concepción de cooperación social entre personas iguales para beneficio mutuo en este ideal de justicia imparcial. Con estas premisas podríamos decir que en salud cualquier

distribucion deberia demostrar en sus consecuencias o resultados frente a una cantidad limitada de recursos, la maxima satisfaccion de deseos para el mayor numero de individuos y al menor costo posible.

Evans (2008) nos habla de la vision de prioridad, a partir del calculo costo beneficio e identificacion de prioridades a partir de valorar las perdidas en salud- carga de enfermedad- lo cual permite focalizar las atenciones sanitarias en los mas pobres y vulnerables, lo cual generaria que “si se aplica el maximin a la salud se le mueren todos los pacientes al medico”.

La justicia imparcial de Rawls ha sido siempre criticada por Sen quien la considera una teoría contractualista que no es completa, que tiene *una primera parte* que nos plantea una interpretación de la situación inicial y del problema de elección contenidas en la “estructura básica de la sociedad”, y *una segunda parte* referida a los principios de justicia a partir de los cuales habrá acuerdo. Aquí las personas aceptan un principio de igual libertad y lo hacen sin un conocimiento de sus fines más particulares, priorizando lo justo sobre lo bueno y pensando en una administración eficiente de recursos sociales para maximizar la satisfacción de todos.

A pesar de que es una empresa cooperativa para obtener ventajas comunes, la sociedad tiene conflictos de intereses, dados, entre otras razones, por los diferentes niveles de participación entre las personas que la conforman. Además, requiere estar eficazmente regulada por una *concepción pública de justicia*, por la cual cada uno acepta y sabe que los demás aceptan los mismos principios de justicia; de esta manera, las instituciones sociales satisfacen estos principios, a pesar de estar en permanente discusión entre lo que es justo e injusto.

Así, Rawls nos propone priorizar la libertad sobre la igualdad, una libertad real de pensamiento, conciencia, política y de asociación, para que las personas puedan desarrollar sus funcionamientos básicos como persona y puedan obtener bienes primarios como la salud, entendidos como “*medios o recursos versátiles, útiles para la*

aplicación de las distintas ideas de lo bueno que los individuos pueden tener” (1995: 112-117).

El debate de Rawls es contra la filosofía analítica, el marxismo y, fundamentalmente, contra *el utilitarismo de J.S. Mill*, el cual plantea que la sociedad estaría correctamente ordenada –y sería justa- cuando las instituciones sociales alcanzaran el mayor equilibrio neto de satisfacción distribuido entre todos los individuos que pertenecen a la institución social.

Aunque el utilitario reconozca que su doctrina está en conflicto con los principios de justicia de la doctrina contractualista, extiende a la sociedad el principio de elección individual para demostrar que lo racional para un hombre también puede ser aplicado a una asociación de hombres, lo cual nos muestra lo inconveniente de aplicar la justicia individual a las instituciones. Si lo importante es el fin, en la *teoría utilitarista de la justicia* no importa cómo se distribuyan las satisfacciones entre los individuos y cómo un solo hombre distribuye sus satisfacciones en el tiempo; lo que realmente importa es que la distribución correcta es la que produce la mayor satisfacción.

Podríamos decir, entonces, que si el bienestar de una persona se forma a partir de diversas satisfacciones que siente en diferentes momentos de su vida, el bienestar de la sociedad se construiría desde el utilitarismo clásico de las satisfacciones de los individuos que la conforman.

En este escenario idealista de discusión que estamos planteando, el concepto de una persona moralmente digna se deriva de lo bueno y lo justo, siendo lo justo definido como aquello que maximiza el bien y esta distribución de bienes como la salud sería justa si se distribuye por igual entre todos los individuos de la sociedad.

Llegar a esta situación de justicia social en salud nos muestra que “*la posición original como situación hipotética y escenario epistemológico*” referida a las condiciones bajo las cuales eligen una noción de justicia imparcial, debe permitir que los

individuos se sitúen para establecer su concepción del bien, sometidos a una serie de restricciones como el tener igual información o el mismo conocimiento para elegir, cuyos resultados son unos acuerdos mínimos que toda la sociedad deberá respetar y acatar.

Posición original

Según Rawls (1971: 256), *la posición original* es la interpretación procedimental de la concepción kantiana de la autonomía y del imperativo categórico. Rawls reemplaza la elección individual del individuo por la elección del colectivo, donde los sujetos no eligen en abstracto sino en circunstancias históricas de justicia (teoría empírica).

Aquí el adjetivo “kantiano” no tiene por objeto ser una interpretación de la doctrina real de Kant; expresa analogía, no identidad. Así las cosas, el planteamiento se asemeja bastante a lo planteado por Kant, pero no representa su pensamiento. De esta manera, “la concepción kantiana de la autonomía y el imperativo categórico” permiten ensamblar el contenido de la justicia con una determinada concepción de la persona para que sea capaz de actuar razonablemente y se pueda considerar libre e igual, con lo cual genera su autonomía.

En esta “*situación hipotética*”, nadie conoce su lugar en la sociedad, su posición o clase social, sus dotaciones o capacidades naturales ni su concepción del bien ni las circunstancias particulares de su propia sociedad, y tampoco tiene ninguna información respecto a qué generación pertenece. Entonces, se está dispuesto a escoger unos principios con consecuencias en el diario vivir.

En este escenario, la situación inicial conocida como “posición original” sería considerada un *statu quo*, en el cual cualquier acuerdo que se obtenga es equitativo y las partes interesadas en el acuerdo están igualmente representadas. Tendrían igual información para decidir, lo cual no pretende explicar la conducta humana pero sí

ayudaría a explicar el hecho de que tengamos un sentido de justicia como personas morales con resultados condicionados por el equilibrio relativo de las fuerzas sociales.

Además de las restricciones formales para escoger los principios pertinentes de justicia, la constitución del escenario normativo que propone Rawls está acompañada por “el velo de la ignorancia”, que supone evitar la búsqueda del propio provecho, incluso de forma involuntaria o inconsciente (*no tener interés en los intereses de los demás*). En el modelo normativo, quienes deben decidir han de desconocer mutuamente sus circunstancias particulares, lo cual les obliga a elegir esos principios teniendo en cuenta sólo consideraciones generales y racionales.

Aplicar el enfoque contractualista de justicia al escenario normativo y deliberativo entre iguales del sistema sanitario nos podría mostrar como resultado los principios rawlsianos relacionados con la libertad, la igualdad y la fraternidad, descritos así: *Principio 1, igualdad en las oportunidades*: La igualdad en repartición de derechos y deberes básicos, donde cada persona tenga derecho irrevocable a un esquema de libertades básicas iguales compatibles con libertades para todos. *Principio 2, oportunidades*: Las desigualdades sociales y económicas serán justas si producen beneficios compensadores para todos. *Principio 3, diferencia*: Se debe beneficiar particularmente a los miembros menos aventajados de la sociedad.

Para Salomón (2011), proponer el alcance de la libertad como primer principio es requisito fundamental para avanzar en la regulación de las desigualdades sociales y en la garantía de igual repartición de bienes primarios. Del mismo modo, las consecuencias de la aplicación del segundo principio (el valor que le damos a la libertad), priorizan el principio de la diferencia de los más desaventajados para lograr la igualdad en el aprovechamiento de las oportunidades.

De escogerlos libremente desde una *posición original* -entendida como la situación a partir de la cual los acuerdos que se logren serían justos o imparciales-, los anteriores principios no darían a los actores del sistema sanitario ventajas ni desventajas,

lo cual podría asimilarse a una justicia imparcial aplicada a la salud. Por ello, una “*igual respuesta a igual necesidad en salud*” desde el Estado y el sistema sanitario debería entenderse como la posibilidad de encontrar el *maximin* de Rawls, según el cual se ha de dotar equitativamente a todos los individuos en su *posición original*. Con este punto de partida, el trato desigual sólo se justifica si implica la protección sanitaria de los más desaventajados de la sociedad.

Pero este ideal de justicia aplicado a la salud no existe en la vida real. Definir principios de justicia para una persona en la sociedad donde vive y por tanto desde su posición social requeriría tener en cuenta toda una gama de factores sociales, políticos, económicos y culturales, así como el contexto del lugar y estrato social que ella ocupa, factores que deberían poder medirse sólo por intereses colectivos. Aquí sus necesidades en salud y sus intereses están inmersos en la macroestructura, las condiciones de vida y la función de un sistema social dado por la dinámica de estos sujetos y sus respectivas redes sociales.

Por otra parte, llegar a acuerdos sobre lo justo en salud implica una reflexión sobre “*la libertad*” como valor constitutivo del primer principio de Rawls, orientado hacia la “*igualdad de oportunidades*”.

Más grave que el sufrimiento que pueden generar el hambre u otras calamidades, sería la violación de la libertad para una persona o para nuestro sistema social, en cuanto impide lograr lo que razonablemente se desea originando diferentes conceptos de libertad, relacionados con el control sobre nuestras decisiones como sería la libertad de elección.

Entender cómo las instituciones tratan las limitaciones naturales y cómo están distribuidas las capacidades naturales en nuestra sociedad es una cuestión de justicia. En este sentido, Rawls considera que en una sociedad justa no hay desigualdades moralmente malas sino moralmente arbitrarias. Al haber igualdad en los talentos (habilidad) o en el trabajo de personas en condiciones distintas, el resultado se entiende

como moralmente arbitrario; por tanto las desigualdades, así como los resultados que se desprendan de ellas, deben ser mitigadas mediante la redistribución de bienes.

El planteamiento de Rawls (1995: 69) sobre los bienes sociales primarios (las libertades, las oportunidades, el poder, la riqueza y los ingresos) cuestiona lo dado en el sistema de salud como prioritario. Así las cosas, estamos ante la salud no considerada por Rawls como un bien primario sino como bien natural, posición que requiere otra discusión en la perspectiva de considerar la salud como capacidad o medio para alcanzar la libertad (véase punto 1.3).

Dicho contexto permitiría considerar lo justo e injusto en salud en nuestra sociedad compuesta por actores políticos y sociales que puedan constituirse en sujetos que privilegien el interés colectivo frente a sus necesidades e intereses en salud, y esto sería posible a partir de esta *posición inicial* que con su *velo de ignorancia*, representada por concepciones plurales del bien y lo justo en salud, construya posibilidades de transformar el actual SGSSS, en un sistema de salud más igualitario, equitativo y solidario, que pueda funcionar como tecnología de poder social para todos y no responda a lógicas centradas en la concentración del poder en unos pocos.

1.2 La justicia imparcial en salud

*Un sentido de justicia es una condición necesaria
para merecer ser feliz (Kant, Berlín 1903)*

La imparcialidad al ser sensible a las diferencias de los seres humanos sería un principio asociado a valoraciones éticas, morales y políticas sobre la idea de lo que es justo en salud. Este principio ha sido esgrimido por actores políticos y técnicos para justificar sus acciones desde el discurso. Por ello, si acogemos la postura de Rawls sobre la imparcialidad en cuanto “*idea fundamental en el concepto de justicia*”, se requiere analizar el origen de esta teoría y sus posibilidades de aplicación en el actual sistema de salud en Colombia.

La línea de pensamiento de Rawls sobre la justicia se inició en (outline: 1951) con la búsqueda de principios morales que pudieran ser aplicados a las prácticas sociales en salud desde las instituciones sociales. Su indagación continuó en *Two Concepts Rules* (1955), donde reconoce el papel de las normas e instituciones sociales en su planteamiento de justicia y plantea una distinción entre el problema de “justificar una acción” y “justificar una práctica” (Rawls, 1999: 47-49).

Para Rawls (1957-1958), la justicia como imparcialidad refiere un enfoque contractualista de justicia articulado a la idea de *posición original*, de manera que la elección de principios corresponde a una consideración analítica capaz de dar cuenta del concepto de justicia con amplia suficiencia frente al principio de utilidad. Sin embargo, no es claro en la propuesta rawlsiana cómo las desigualdades redundarían en beneficio de todos o cómo podrían resolverse los conflictos entre los principios de justicia y de utilidad.

Una práctica en salud sería justa o imparcial si está de acuerdo con principios que todos reconozcan y acepten en condiciones similares, o si todas las personas que participan de ella pueden defender sus respectivas posiciones esperando que las demás personas las acepten. De esta manera, el concepto de imparcialidad se volvería fundamental para la justicia dentro del SGSSS. Pero si estas formas de operar no son posibles, estaríamos hablando de relaciones y decisiones basadas en dominación y fuerza (reforma en salud), así como de ejercicios de poder orientados por intereses particulares de los actores del sistema sanitario, lo cual genera en los usuarios esclavitud y escasas posibilidades de ejercer su derecho a la salud.

Si decimos, según Rawls (2002:78), que “la imparcialidad es la idea fundamental de la concepción de justicia” que surge entre personas libres que carecen de autoridad de unos sobre otros al realizar una actividad común con reglas que la definen determinando las respectivas cuotas en los beneficios y cargas para todas las personas que participan, dichos acuerdos estarían en relación con el debido trato entre personas que están compitiendo o colaborando entre ellas, como ocurre en el juego

limpio (*fairplay*), la competencia imparcial (*fair competition*), o las negociaciones imparciales (*fair bargains*). Así, traduciríamos su idea de justicia como imparcialidad (*fairness* - limpidez máxima).

Los anteriores acuerdos se realizan en instituciones consideradas sistemas de reglas públicamente reconocidos que definen cargos, posiciones, derechos y deberes, y dan a la actividad política y social su forma y estructura. Este escenario requiere de la intuición moral básica para incorporar el procedimiento apropiado para llegar a dichos acuerdos sociales, postura que es ratificada por Rawls con la expresión “*justicia como imparcialidad (justice as fairness) como una virtud de las instituciones sociales [.....] que, sin ser omniinclusiva de todas las sociedades, propone la eliminación de distinciones arbitrarias y el establecimiento, dentro de la estructura de una práctica, de un apropiado equilibrio entre pretensiones rivales[...]*” (2002:19).

Así, una institución social en salud es justa o imparcial cuando logra satisfacer los principios de los actores políticos, técnicos y sociales que en ella participan, o cuando logra proponer prácticas sociales en salud para una mutua aceptación desde una *posición original* de igual libertad para todos los que participan de estos acuerdos.

De esta manera, los enfoques teóricos perfeccionistas y consideraciones sobre justicia imparcial en salud ampliarían nuestra visión al aplicarlos a la discusión de lo justo de nuestro sistema sanitario. De lo contrario, si orientamos la discusión sobre justicia en salud a una forma deliberativa de la eficiencia, desde el enfoque teórico del utilitarismo, estaríamos interesados en principios eficientistas donde no se persigue el bien común sino que se ponderan ventajas y desventajas para la satisfacción de intereses particulares, lo cual no es pertinente ni para el deber ser sobre lo justo ni para las prácticas relacionadas con la salud.

En esta concepción de justicia imparcial aplicada a la salud, la reformulación de los principios de justicia de Rawls se enunciarían de la siguiente manera: “*Primero, cada persona que participa en una práctica sanitaria, o que se ve afectada por ella, tiene*

un igual derecho a la más amplia libertad compatible con una similar libertad para todos; y segundo, las desigualdades en salud serían arbitrarias, a no ser que pueda razonablemente esperarse que redundarán en provecho de todos, siempre que las posiciones y cargos a los que están adscritas, o desde los que pueden conseguirse, sean accesibles a todos” (Rawls,2002:79).

Reformulacion que podría expresar la justicia en salud desde ideas de libertad, igualdad, solidaridad y recompensa por servicios que contribuyen al bien común, que en este caso sería salud para todos, y regularían los aspectos distributivos de las instituciones sociales en salud al acordar el reconocimiento de derechos y deberes en salud .

Entonces, el planteamiento del juego limpio (*fair play*) amplía la noción de imparcialidad mostrando que actuar de forma inicua (*unfairly*) es sacar ventaja de ambigüedades en las reglas aprovechando circunstancias especiales, como la intermediación en salud, o la integración vertical, que realizan los actores del SGSSS en contravía de las buenas prácticas en salud; por el contrario, en ninguna circunstancia las instituciones sanitarias muestran el menor interés de ayudar a los demás cuando sufren por sus necesidades sociales en salud, ni promueven sentimiento alguno de afecto o amistad por nadie en dichos eventos.

Rawls nos dice que “*los principios de justicia surgen una vez que las restricciones de tener una moralidad se imponen sobre partes racionales y mutuamente interesadas [.....]. Una práctica es justa si está de acuerdo con los principios que [se] definen como equitativos [.....], aceptando los beneficios del juego limpio [y] limitando su interés [el de aquellos con poder de decisión] en beneficio de los demás participantes” (2002:94).*

Con este propósito aplicado a nuestro escenario sanitario, el diseño eficiente de instituciones sociales para alcanzar fines comunes, como la utilidad social, nos muestra que el discurso de la justicia imparcial no permitiría ventajas únicamente para los

actores políticos y responsables técnicos de operar el sistema de salud, sino que las ganancias y el bienestar deberán ser para toda la sociedad colombiana.

En su análisis sobre el concepto de justicia, Rawls se pregunta: ¿Cuál es el peso de las consideraciones de justicia cuando se las coloca frente a otras consideraciones morales? A ello responde con razones para plantear que la justicia imparcial sería la forma de consideración moral gracias a la cual configura su concepto de justicia (2002:98).

La primera es la modificación originaria del principio utilitarista- exige que cargos y posiciones definidas por las prácticas sociales no tienen que ser iguales mientras que las oportunidades deben ser iguales para todos. Aquí, el rol y las necesidades de los distintos actores inmersos en las prácticas sociales mostrarían distintos abordajes de imparcialidad según la necesidad social de toda la sociedad.

La segunda observación de Rawls, requiere que los juicios sean hechos por personas competentes sobre la base de la deliberación y la reflexión para mostrar que el concepto de justicia imparcial podría expresarse tanto desde la praxis del ejercicio profesional, como desde el ejercicio y exigencia del derecho por parte de toda la población.

En la actual comprensión del SGSSS, una institución podría incluir el criterio de justicia imparcial al definir normativamente reglas por las cuales casos semejantes se tratan de forma semejante: a igual necesidad de salud, igual tratamiento o desde el derecho fundamenta a la salud de los sujetos un trato diferente a diferente necesidad en salud.

1.2.1 El sentido de la justicia en salud

En *The sense of justice* (1963), Rawls incorpora al análisis de la justicia su construcción psicológica, que se manifiesta en sentimientos como *culpabilidad* y

resentimiento, que van a permitir la manifestación de actitudes naturales humanas como *la amistad y la compasión* (Rawls, 1999:51).

Con esta intencionalidad, Rawls plantea dos inquietudes con relación al concepto de la justicia. Con relación a la primera, “¿A quién debe uno la obligación de la justicia?”, estaríamos obligados quienes seamos capaces de un sentido de la justicia. Respecto a la segunda, “¿Qué es lo que explica que los hombres hagan lo que exige la justicia?”, si no tenemos un sentido de justicia seríamos incapaces de sentir resentimiento e indignación, y careceríamos de lazos de amistad y confianza mutuas (Rawls, 1999:103).

La relación entre los sentimientos y la razón constituye el sentido de la justicia en salud que deberían tener todas las personas, el cual podría ayudar a generar y mantener esquemas de cooperación, amistad y confianza que permitieran ejercer prácticas sociales en salud beneficiosas para todos. Aquí el perjudicado podría sentir resentimiento, considerado como reacción ante las injurias y daños – mala salud- que nos infringen las acciones indebidas de otros -SGSSS.

Así, desde la construcción psicológica que nos plantea Rawls, podemos aplicar la culpabilidad a nuestra autoridad sanitaria; con ello el margen de los ofendidos alcanzaría, bien a toda la sociedad colombiana, bien a personas con las que tenemos vínculos particulares como la amistad o la simpatía. Las instituciones del sistema sanitario, cuya obligación es dirigir la atención a las necesidades sociales en salud, podrían manifestar culpabilidad por infracciones que perjudican a toda la sociedad; es decir, tendrían un *sentimiento completo* al sentirse culpables y avergonzadas por sus actos, lo que podría hacer que tiendan a restaurar y resarcir las acciones injustas para el bien común a través de ejercicios de redistribución de acciones y servicios sanitarios con mayor responsabilidad social.

Por lo anterior, las acciones sanitarias que realizan las instituciones prestadoras de servicios de salud responden a sus razones e intereses sin importar las necesidades de

la población afectada mientras que las acciones sanitarias y de autocuidado que realizan las personas y que producen un efecto positivo en su estado de salud estarían mas orientadas desde un sentimiento moral o desde una determinada actitud natural.

Desde el sentido de justicia de Rawls, los sentimientos tienen los siguientes elementos esenciales:

- ✓ No se identifican con sensaciones y manifestaciones conductuales características, y tienen que entenderse con ciertos tipos de explicaciones, de conexiones con la conducta, y con las actitudes naturales.
- ✓ Presuponen la aceptación de ciertos principios morales. Lo que distingue sentimientos diferentes son los distintos principios que entran en esas explicaciones.
- ✓ Tendrían conexiones necesarias con ciertas actitudes naturales como *amor*, *afecto*, *confianza mutua*. Si la tendencia a tales sentimientos estuviera completamente ausente, también lo estarían esas actitudes naturales. (Rawls 1999:116)

Entonces, la base natural del sentimiento moral requiere aceptar principios morales y actitudes naturales como el amor, el afecto y la confianza mutua, las cuales puedan ser articuladas a las facultades intelectuales para poder entender cómo es la relación entre razón y sentimiento moral.

Con los anteriores elementos, el sentido de la justicia en salud no sólo sería una condición necesaria para ser feliz, sino que requeriría integración de la razón y el sentimiento moral para entender el significado y los contenidos de los principios de justicia en salud, así como desde lo moral, como los sentimientos, las actitudes y las conductas.

Dichos aspectos relacionados con el sentido de la justicia son ratificados por Rawls al decir:

“una persona que carece de sentido de justicia y que nunca actuaría tal como la justicia exige excepto en la forma y modo como le mueven el autointerés y la conveniencia, no sólo carece de lazos de amistad, afecto y mutua confianza, sino que es incapaz de experimentar resentimientos e indignación.” (Rawls, 1999:118)

Esta postura crítica de Rawls contra el utilitarismo clásico de Mill, nos podría explicar las acciones utilitaristas, de interés y de conveniencia por parte de los actores e instituciones públicas y privadas del sistema sanitario colombiano; por tanto, la consecuencia natural de esta construcción es que *“la capacidad para el sentido de la justicia es el aspecto fundamental de la personalidad moral en la teoría de justicia” (Rawls, 1999:122).*

1.2.2 La justicia distributiva en salud

La problemática central de injusticia del SGSSS también tiene que ver con la distribución y redistribución de recursos y actitudes naturales, aspectos que podemos relacionar con la concepción de justicia *“conjunto de principios para elegir entre los arreglos sociales que determinan ese reparto y para suscribir un consenso en cuanto a las cuotas distributivas apropiadas” (Rawls, 1999: 123).*

Estos cambios en la formulación de sus principios, específicamente el segundo, son presentados con una interpretación que se aleja de las ambigüedades de la formulación inicial y conduce a la enunciación definitiva en su libro *A theory of Justice* (1971), con un propósito que podría aplicarse a nuestro SGSSS en estos términos:

Las desigualdades en salud se justifican en la medida en que maximicen las expectativas sanitarias de los menos favorecidos y las posiciones o cargos dentro de las instituciones sanitarias deberán ser aceptadas para alcanzar igualdad de oportunidades por toda la población en su propósito de obtener iguales estados de salud.

Entonces, el principio de elección social que nos propone Rawls y que podríamos aplicar a la mayor distribución y satisfacción en salud sería “*realizar el mayor bien agregado -mayor salud- para todos los miembros de la sociedad ordenada y justa*” (Rawls,1999:124), por lo cual la teoría del contrato social en salud, debería reflejar los acuerdos entre personas libres e independientes en una *posición original* de igualdad y libertad. Aquí podría estar la explicación en el SGSSS de las transacciones entre los actores sociales y técnicos sobre el bien salud y el mutuo beneficio en un escenario regulado por el mercado, donde la sociedad colombiana no está haciendo uso de su “principio de elección en salud”.

Si bien Rawls, en su ensayo sobre justicia distributiva (1967:125), introduce el concepto del *velo de la ignorancia* en forma sistemática como un modo posible de entender la situación de las partes contratantes para asegurar igualdad y unanimidad, con lo cual evita que nadie resulte beneficiado o perjudicado por su clase social o por su buena o mala fortuna. Esta aplicación no se observa dentro del SGSSS donde priman intereses de actores políticos y técnicos, como la asimetría de información, la selección adversa y las relaciones contractuales de conveniencia entre EPS e IPS, que concentran y privilegian intereses particulares, perjudicando el interés común de toda la población que espera satisfacer sus necesidades de salud.

La justicia distributiva entonces se considera una distribución ponderada, equilibrada y apropiada de los bienes y cargas sociales basada en normas que detallan el sentido y fin de la cooperación social, para responder a diferentes perspectivas vitales de sujetos en diferentes posiciones, libertades y oportunidades .

Vemos que esta concepción de justicia aplicada al escenario de nuestras prácticas en salud debería recoger postulados como brindar salud “a cada uno según su capacidad y necesidad”. Pero también cabe preguntarse: ¿Por qué la estructura básica de la sociedad colombiana favorece un mejor estado de salud a ciertos individuos más que a otros? ¿Será porque las desigualdades básicas son las que afectan al conjunto de su perspectiva vital? ¿O porque los actores e instituciones sanitarias encargados de

responder a estas necesidades sociales en salud son los que modulan los estados de salud-enfermedad de las personas para su conveniencia?

Con las anteriores inquietudes, podríamos decir que nuestro problema de justicia distributiva en salud estaría relacionado con la posición social de las personas y la diferente distribución de la riqueza al afectar las perspectivas vitales de quienes comienzan en los distintos grupos de renta, donde un miembro de una clase alta de la sociedad colombiana tendría mejores perspectivas en salud que un obrero no calificado, independientemente de que los dos tuvieran igual talento y capacidad.

Lo cual nos llevaría a plantear que la justicia en salud depende de la libertad de elegir los acuerdos sobre lo justo en salud para todas las personas inmersas en nuestra estructura básica de sociedad, donde las diferencias que han de justificarse estarían relacionadas con las desigualdades en la distribución de bienes primarios, como la libertad, la oportunidad, la renta, la riqueza, la salud, la educación, el prestigio social y el estatus ligadas a las diversas posiciones y clases.

En concordancia con lo anterior, Rawls afirma:

“Quienes han nacido dentro de un sistema social en posiciones diferentes [...] tienen diferentes perspectivas vitales, determinadas en parte por el sistema de libertades políticas y de derechos personales y por las oportunidades económicas y sociales de que disponen en esas posiciones” (1967:126).

Por tanto, deberíamos ocuparnos más de las desigualdades presentes en la estructura básica de la sociedad colombiana que desde la Constitución Política de 1991 y las instituciones económicas y sociales definen las libertades y derechos de una persona, lo cual afecta sus perspectivas vitales, principalmente su estado de salud y calidad de vida.

Indagar sobre las desigualdades en salud dentro de la estructura básica de la sociedad colombiana a través de la aplicación de los principios presupone, según (Rawls,1967:133-143), la división de la estructura social en dos partes, donde la primera parte estaría más relacionada con *“iguales libertades (derechos políticos, civiles-derecho a la salud) y oportunidades -acceso a la salud”* y la segunda parte tendría que ver con *“la distribución desigual de las estructuras políticas y económicas, la renta y la riqueza en la medida que produzcan beneficios compensadores para todos -igual salud para todos”*.

Por tanto, podemos asociar las ideas de libertad, igualdad y fraternidad con los principios de justicia de la siguiente forma: *la libertad y la igualdad* al principio de igualdad de oportunidades y *la fraternidad - solidaridad* al principio de la diferencia. La desigualdad en salud de toda la sociedad colombiana podría corresponder a un esquema cooperativo o solidario donde la mejor situación de salud de los más dotados o afortunados respecto a los menos dotados podría aceptarse por la mejora de salud de los menos afortunados.

Como cierre de esta segunda sección podríamos decir, entonces, que la teoría de la justicia de Rawls nos propone una construcción de justicia imparcial aplicada a la salud que, al centrar su discusión en principios aplicables a sociedades avanzadas, asume los límites de su enfoque pero que está soportada con una argumentación sistemática orientada a la práctica, no sólo porque sus principios están llamados a resolver problemas prácticos como la atención en salud, sino porque elabora sus materiales sobre la base de ingredientes de nuestra experiencia práctica, estableciendo las bases de un consenso político operativo y de cómo se ha desarrollado nuestra sensibilidad moral.

Finalmente, queda la inquietud de su real aplicación para sociedades en vías de desarrollo, particularmente en sistemas sanitarios como el nuestro, con particulares condiciones de pobreza e inequidad, además de limitadas capacidades y oportunidades para la mayoría de la población.

1.2.3 La igualdad de recursos en salud

¿Qué obtengo de la sociedad si tengo salud?

En el escenario contemporáneo de trabajos sobre justicia, reconocemos a Ronald Dworkin como un filósofo político enmarcado en la corriente liberal que ha generado aportes a la concepción contractualista de la justicia. En su trabajo se percibe la influencia de Rawls, con quien comparte el interés por la justicia desde las instituciones, así como el propósito de identificar reglas e instituciones justas. Su propuesta sobre igualdad de recursos, además, tensiona la discusión sobre justicia sanitaria con el enfoque de la elección social de Sen.

Según Santos (2005: 197), las ideas fundamentales de la teoría de Dworkin tienen que ver con una interpretación de igualdad distributiva en términos de igualdad de recursos que permitan responder a la pregunta por el *sentido de la eficiencia en una teoría de justicia*, interpretando la libertad como condición de igualdad a partir de garantizar derechos fundamentales como la salud.

La discusión de justicia entre Rawls y Dworkin es sobre la perspectiva de los recursos. Mientras Rawls emplea la perspectiva de los recursos en sus principios de justicia a través del índice de bienes primarios mientras la perspectiva de recursos para Dworkin está relacionada con las variaciones y desventajas de dicha conversión en un escenario de mercado de seguros aplicados a la salud.

El sentido de la igualdad de recursos aplicada a la salud nos muestra la necesidad de un contexto democrático para hacer viable el pensamiento de Dworkin, en especial su “*concepción liberal de igualdad*”³, tratando de conciliar la tradición liberal política con el ideal democrático de igualdad política y social. Dworkin se considera un militante del

³Trabajo desarrollado dentro del proyecto de investigación “La implementación de políticas públicas en materia de derechos humanos en el Estado de Nuevo León”, convocatoria de PAICYT 2008/2009, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

liberalismo igualitario, en la defensa del individuo y su libertad frente a su relación con el Estado, alejándose del utilitarismo y de posiciones ultraliberales (libertarias-Nozick) y neoconservadoras.

Su interpretación del valor de la justicia, en la cual las personas deben ser tratadas como iguales -acorde con su interpretación liberal del principio de igualdad para todas las personas y hacer exigencias de igualdad, libertad y eficiencia- aplicada a las instituciones del sistema sanitario.

Dworkin permite hacer un símil con Rawls y suponer, dentro de nuestro sistema de salud, que las personas, bajo un *velo de ignorancia* y en una *posición original*, entrarían en el mercado de seguros de salud sin conocer sus desventajas y comprarían un seguro contra posibles adversidades (enfermedad).

Aquellos que incurrieran en mayores desventajas, como una enfermedad mayor, discapacidad o muerte, reclamarían su justa representación de una efectiva igualdad de recursos y compensación en recursos de otras clases, como diferente tratamiento, rehabilitación, adaptación social.

Dworkin (2005:56-61) propone la igualdad de recursos como virtud fundamental de la democracia, considerada un espacio político para organizar diferencias individuales y colectivas que permitan una *igualdad política* con base en recursos, mientras que la *igualdad económica*, estaría referida a una teoría de justicia que no tendría en cuenta el bienestar de todas las personas, sino el interés y utilidad de pocas instituciones.

Esta política de transferencia, compensación y disminución de riesgos requeriría de un escenario de solidaridad (fraternidad) que, aplicado a la salud, nos permitiría justificar las pólizas de seguros a nivel individual y familiar o la compensación dentro del SGSSS, donde los que pueden cotizar por sus ingresos compensen económicamente

las atenciones de los que no tienen ingresos, que generalmente tienen mayores necesidades en salud.

La aplicación de este “*principio de solidaridad*”, a partir del cual la nación -a través de recursos del situado fiscal, transferencias, regalías, presupuestos regionales y locales- y las personas con capacidad de pago afiliadas al régimen contributivo destinen un porcentaje de su cotización para las personas afiliadas al régimen subsidiado para mejorar su estado de salud. De esta manera, la población sin capacidad de pago puede utilizar estos rubros para sus procesos de atención y prestación de salud a nivel individual y colectivo, lo que en la práctica significa acceso a servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación de su estado de salud.

Entonces, la igualdad de recursos planteada por Dworkin sería considerada una capacidad indirecta, al estar referida al recurso que utilizaría el usuario para mejorar su salud; Esta postura se evidencia en el diálogo con Sen sobre las capacidades al proponer un programa para los afectados con enfoque en las capacidades, para compensar desventajas desde el punto de vista de las transferencias de ingreso-subsidios en salud. En su propuesta se podría suministrar ingreso privado extra a los discapacitados representado en servicios sociales gratuitos o subsidiados como alimentación, recreación, adaptación de puestos de trabajo, etc., en lugar de darles un mayor ingreso para pagar sus gastos médicos.

Con estos supuestos, el pensamiento que nos plantea Dworkin aportaría a entender las concepciones de justicia dentro del sistema de salud colombiano, donde la aplicación de su enfoque de igualdad de recursos ajustaría el enfoque teórico liberal de justicia distributiva en un escenario de regulación dado por un sistema sanitario basado en el aseguramiento de la población inmerso en un mercado imperfecto, con sistema de seguros en salud donde las fallas del mercado que deberían ser contenidas y eliminadas están referidas a la asimetría de información, la selección adversa, el riesgo moral y la demanda inducida.

Así las cosas, el SGSSS al ser considerado un sistema de salud que se basa en el aseguramiento, nos permite aplicar el pensamiento de Dworkin, al recurrir al mercado de seguros en salud sólo en la medida en que contribuye a realizar una igualdad de recursos, y así constituir el axioma de su teoría: “*la igualdad de recursos permite organizar una teoría liberal de la justicia distributiva*”.

Aquí los *recursos personales o ventajas* (talento, salud, suerte) serían capacidades físicas y mentales que permiten transacciones que provocan desigualdades y no generan transferencia sino estrategias compensadoras para favorecer a los menos dotados, mientras que los *recursos impersonales*, son partes del entorno y pueden ser transferidos, como el dinero, la tierra, la materia prima y diversos derechos legales y de participación.

1.3 La idea de justicia de Sen

Rescatar a Adam Smith (Darwall, 2006)

La propuesta de justicia de Sen nos muestra la razón como su idea central al privilegiar las experiencias y realizaciones humanas que ocurren en sociedades más o menos justas y reales para la elección plural de principios hacia la justicia social y configurar acuerdos sociales basados en el principio de igualdad y una transición gradual de los patrones de conducta, donde la salud sería considerada una capacidad y una posibilidad de libertad para todos los integrantes de la sociedad.

Las diferencias presentadas entre la teoría perfeccionista de Rawls y la idea de justicia de Sen, nos muestran que la justicia tiene que ver con la forma en que las personas viven sus vidas y no simplemente con la naturaleza de las instituciones que la rodean para constituir la estructura básica de la sociedad, por lo que en nuestra discusión se requiere un énfasis en las vidas reales de las personas y poder mirar otras implicaciones sobre la naturaleza y el alcance de la idea de la justicia.

Si consideramos que la justicia en salud requiere de teorías perfeccionistas que no se confinen a instituciones y esquemas sociales ideales, sino que reconozcan la importancia de las vidas, experiencias y realizaciones humanas, la justificación de la idea de justicia de Sen (2009) nos puede permitir reconocer tanto el antecedente de la construcción teórica de justicia imparcial de Rawls como su planteamiento en relación con la insuficiencia de dicha postura en un contexto particular relacionado con principios de justicia para identificar las instituciones requeridas y acuerdos para la estructura básica de la sociedad.

Sen reconoce la idea fundacional de Rawls según la cual la justicia debe considerarse desde exigencias de imparcialidad, pero no comparte el escenario ideal ni los principios de justicia de Rawls (1995:205) por las siguientes razones:

✓ Para Rawls, *la posición original* es la situación imaginaria de igualdad primordial- imparcialidad- y su *velo de ignorancia* es el estado imaginario desde el cual puede hacerse una elección unánime de principios de justicia. Elementos que serían suficientes para constituir una concepción política de la justicia aceptada por todos. No obstante, Sen considera que esto se encuentra muy lejos del patrón de comportamiento real de una sociedad y sus instituciones (Sen, 2009:97).

✓ Mientras Rawls se ocupa de las instituciones justas en sociedades ideales de individuos, Sen nos propone centrarnos en las sociedades más o menos justas y reales, las cuales podrían apoyarse en instituciones efectivas y en características del comportamiento real de los individuos que permitan una elección plural de principios hacia la justicia social

✓ Mientras Rawls se pregunta: ¿Qué contrato social con exigencias de imparcialidad sería aceptado de manera unánime por todos en la *posición original*? El cual permitiera obtener el mayor bien para la mayoría protegiendo a todos de acuerdo a sus necesidades;

✓ El espectador imparcial de Sen se encuentra enmarcado desde su estándar de la teoría económica, y nos propone una implícita recuperación del pensamiento de Smith

y su espectador imparcial, enmarcado desde la filosofía moral con posibilidades igualitarias distintas al enfoque del contrato social (Sen, 2009:99).

✓ Para Sen, la búsqueda de la justicia es una transición gradual de los patrones de conducta y no una transición inmediata, como lo plantea Rawls, a partir de aceptar sus principios de justicia para la correcta elección de las instituciones (Sen, 2009:98).

✓ Mientras Rawls subraya los medios para conseguir libertad, Sen hace mayor énfasis en el fin de alcanzar unos grados de libertad, o en la capacidad para transformar recursos en bienestar

✓ Mientras para Rawls, la salud sería un bien primario o natural, para Sen la salud es un bien intrínseco, una capacidad y una posibilidad de libertad.

La idea de justicia de Sen se nutre de elementos como *las metapreferencias*, un concepto que se refiere a las reflexiones que sustentan las preferencias de los individuos y se pregunta por las razones que respaldan la elección; así, la elección racional para Sen será críticamente razonada y permitirá comprender en los juicios que las personas puedan razonar y criticar sus propias decisiones y las de los demás.

Para Sen (1987) la "*justicia comparativa basada en realizaciones*" se desarrollaría desde la teoría de capacidades como una explicación del bienestar; por tanto, su idea de justicia sería un avance de la sociedad en términos de capacidades. Desde este escenario teórico, nos plantea los funcionamientos y las capacidades como los materiales de la justicia que van a constituir una teoría general para comprender y explicar el bien-estar y la ventaja; considerando *el bien-estar* como la evaluación de un logro particular de la persona y *la ventaja* como las oportunidades reales a las que se enfrenta la persona (Sen, 2009:317).

La pregunta de Sen sobre el valor intrínseco de los bienes es central en su noción de justicia. Esto le permite llegar al concepto de capacidades, es decir, "*todo aquello que le permite a una persona ser o hacer*". En este orden de ideas, las necesidades en salud son parte de las capacidades, y su desarrollo permitirá al individuo alcanzar un grado de

libertad de elección o la posibilidad de tener distintos cursos de acción para su bienestar.

En este sentido, categorías como “la libertad”, la cual ha sido considerada por Rawls como un bien primario, no debe ser la prioridad total. En nuestro contexto, no puede ser más importante la violación de cualquier tipo de libertad personal que el hambre, la desnutrición o la atención médica de toda la población colombiana de acuerdo a sus necesidades de salud.

Diferencias que de acuerdo a la propuesta de Rawls permitiría a mayor salud una mayor libertad, pero que en relación con Sen, la salud permitiría transformar el trabajo en bienestar. Así las cosas, no se debería evaluar las oportunidades de la gente a través de los medios que posee, como en el caso de una persona discapacitada que puede hacer menos con el mismo nivel de ingresos que otra con plenas capacidades.

Los tipos de respuesta que podrían darse acogiendo la concepción de Rawls serían objetivos y razonados para lograr un resultado o impacto en salud, por lo que sería necesario introducir en las decisiones premisas básicas relacionadas con la “razón y la objetividad”(Sen, 2009:61). La razón se puede ocupar de la forma correcta de ver y tratar los problemas de salud de personas con diferentes culturas y aspiraciones; pero estas decisiones diferentes estarían fundamentadas en el respeto y la tolerancia. *La objetividad*, por su parte, tendría que ver con la habilidad para la elección correcta de la mejor intervención ante un problema de salud.

Poder brindar respuestas sanitarias a iguales o diferentes necesidades en salud requiere evitar prejuicios en nuestras valoraciones y tener en cuenta aparte de la razón y la objetividad, los intereses y las preocupaciones de los otros, lo cual sería una exigencia de imparcialidad. En este sentido, Sen (2009:91-94), propone el uso sistemático de la razón, como determinante principal de la actuación que junto con los sentimientos nos genera la siguiente inquietud: ¿Cuál es la relación entre la razón y las emociones, incluidas la compasión y la simpatía, en las decisiones en salud? Dicha relación es lo

que permite realizar valoraciones en salud para definir diferentes respuestas desde nuestras instituciones sociales en salud ante necesidades sociales diversas en salud de la población.

No podríamos hablar de la elección racional como requisito fundamental de la justicia en salud sin referirnos también a cuestiones externas de la elección de los agentes, como los objetivos, valores y normas, los cuales subyacen a las preferencias de las personas por lo que sería necesario comprender la concepción particular del individuo y sus emociones.

Al respecto, Sen recoge la visión de la conducta del ser humano de Adam Smith, según la cual *las acciones de las personas responden a una serie de motivaciones* (2009). Así, Sen considera el peso de la prudencia, la benevolencia y la justicia en las acciones humanas, teniendo en cuenta que *el interés propio es quien modula nuestro interés para actuar* (Smith, 1776: 305-306); pero tanto Sen como Smith consideran que el interés propio no es la única motivación para actuar.

Sen ve la simpatía en el sentido estándar de la teoría económica, que es distinto al concepto de simpatía de Smith. Para comprender la concepción particular del individuo, sus emociones y cómo estas afectan sus elecciones, Sen se refiere a la diferencia entre la *simpatía* y el *compromiso*, donde la *simpatía* emerge cuando el interés por otros afecta nuestro propio bienestar. “*Cuando el sentido de bien-estar de una persona es psicológicamente dependiente del bienestar de alguna otra, es un caso de simpatía*”, menciona (Sen, 1977:327).

Sen también relaciona las dos categorías así: “*si el conocimiento de que se tortura a otros nos enferma, este es un caso de simpatía; si no nos enferma pero creemos que es algo malo y estamos dispuestos a hacer algo para detenerlo, este es un caso de compromiso*” (Sen, 1977: 326).

En el escenario sanitario, la simpatía se da entre el paciente y el profesional de la salud que pretende brindarle una mejor salud, mientras que el compromiso se observa en los

actores encargados de las intervenciones que no son suficientes para mejorar la salud de todas las personas. Así las cosas, las decisiones no solo requieren de motivos y razones sino que la justicia en salud sería una virtud, cuyas reglas generales permitirían asumir el sentido del deber como principio rector para regular la conducta y vincularse voluntariamente en el logro de un cometido que nos interesa.

Las elecciones en salud requieren entonces de una concepción amplia de la conducta de las personas donde la capacidad, la libertad, la simpatía y el compromiso serían elementos fundamentales para vivir una buena vida, valorar y convertir bienes primarios en libertades. Así “la salud” aparte de ser considerada por Sen como un bien intrínseco, una capacidad y una condición para avanzar en bienestar, calidad de vida y justicia social, es vista como libertad.

Por tanto, si las titularidades de intercambio son fundamentales para el desarrollo de los sujetos, “la salud” como bien meritorio será una prioridad desde su enfoque hacia una condición de justicia social, donde su protección es parte del conjunto de capacidades que debería desarrollar el Estado Colombiano.

La concepción de salud que se presenta en el punto 2.2.1 del segundo capítulo de la disertación y su protección desde el SGSSS requiere para su desarrollo de titularidades, oportunidades y capacidades básicas, como el estado de salud, fundamento de la participación social ligada a vectores de funcionamiento, que muestran su dependencia tanto de factores institucionales como comunitarios.

La idea de justicia de Sen, refiere a una justicia comparativa que se configura y esta basada en su crítica al utilitarismo; su concepción de bienestar basada en capacidades y funcionamientos; en su modelo de comportamiento basado en la razón y la objetividad; en la elección social como mecanismo de decisión de lo parcialmente justo y en la importancia de la democracia como el proceso de construcción de sujetos políticos en espacios políticos públicos basados en el principio de igualdad.

Para Sen las capacidades como resultante del desarrollo de titularidades y recursos desde antes del nacer, nos muestra una taxonomía de capacidades internas, básicas y combinadas que constituyen la libertad sustantiva para alcanzar combinaciones alternativas de funcionamientos que van a permitir desarrollar facultades personales para el aprovechamiento de oportunidades en entornos políticos, sociales y económicos particulares.

Su idea de justicia nos habla de vectores de capacidad básica como (tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, acceso a servicios sanitarios, tasa de analfabetismo, estado nutricional), que aportan transversalmente al análisis de la concepción de justicia que privilegia nuestro sistema de salud.

Sus ideas aplicadas a los sujetos se enmarcan en la construcción de capacidades y funcionamientos que pueden desarrollarse para configurar proyectos de vida particulares, que serían distintos a las capacidades y funcionamientos de las instituciones del SGSSS encargadas de prestar servicios de salud como respuesta a las necesidades sociales en salud de toda la población colombiana.

El bien salud

Para ampliar la comprensión sobre el tipo de bien que es la salud y quiénes son los responsables de proveerla, es útil considerar la noción de bien público, bien privado y bien mixto de Milton Fisk (2004:179), así como de Samuelson, Musgrave y Stiglitz. Para estos teóricos de la economía, *un bien público* puro se caracteriza por la ausencia de rivalidad y exclusión (Samuelson, 1954), donde todas las personas pueden acceder al bien.

No obstante, los bienes públicos se usan en condiciones de rivalidad cuando, al ser utilizados por una persona, no pueden ser utilizados por otra. Pero excluir del consumo del bien a una persona implicaría incurrir en costos muy altos, como lo precisa Samuelson: “*Los bienes de consumo colectivo que todos disfrutan en común en el*

sentido de que el consumo de este bien por parte de cada individuo no conlleva la sustracción del consumo de este bien por parte de ningún otro individuo, de modo que su cantidad total puede definirse por las relaciones de igualdad” (1954:387).

Entonces, *la no exclusión* significa que todos pueden acceder al bien (Stiglitz, 2002). Cuando el bien conserva por completo las características de “no rivalidad ni exclusión”, Samuelson lo denomina bien público puro.

En contraste con el bien público, *el bien privado* se caracteriza porque existe la posibilidad de exclusión y su consumo se da en condiciones de rivalidad. Por tanto, el mercado y los precios regulan la distribución de estos bienes, de tal manera que los consumidores que pueden y quieren pagar el precio exigido obtienen el bien. En este orden de ideas, Samuelson (1954) diferencia el *precio* del *cuasi precio*: a medida que el bien tiene características más cercanas a un bien público el distanciamiento de los precios es mayor y se presenta el cuasi precio; pero si el bien es público puro, entonces el precio desaparece.

En el escenario de los bienes privados, la exclusión garantiza que el bien pueda entrar en la dinámica del mercado al ser el precio el que regule el suministro del bien (Musgrave y Musgrave, 1999). En este sentido, Samuelson (1984) considera que los bienes privados son comprados voluntariamente por las familias con sus rentas a los precios que establece el mercado de la salud (medicina prepagada); por tanto, no se podría determinar un precio único sobre el bien salud (medicina privada).

Dentro de la caracterización de los bienes, Musgrave y Musgrave (1999) nos hablan del *bien mixto*, el cual puede extraerse de aquellos casos donde la exclusión y la rivalidad no se dan de manera completa, pues existe una amplia gama de situaciones mixtas. Así, un bien rival cuya exclusión es posible es un bien privado puro; mientras, en el extremo opuesto, un bien no rival cuya exclusión es imposible es un bien público puro. En este espectro habría dos situaciones hipotéticas de bienes mixtos: aquel bien rival cuya exclusión es imposible y aquel bien no rival cuya exclusión es posible, siendo

estos dos últimos casos donde se presentan fallas del mercado, comportamiento que se observa en las mezclas público-privada para la financiación y prestación de servicios de salud.

De acuerdo a la anterior clasificación, la salud podría ser considerada un bien mixto excluible que puede ser suministrado por el mercado y su provisión se podría hacer por empresa y de forma pública o privada; genera rivalidad entre personas por el consumo de la atención y provoca reducción del consumo por parte de otra persona, por lo cual la salud no sería un bien público puro en el sentido de Samuelson.

La salud como el bien mixto que debe ser garantizado por el SGSSS a todos los colombianos, nos muestra que debido a la rivalidad del consumo y a la posibilidad de exclusión, es difícil calcular o medir las preferencias del consumidor en cuanto al bien primario salud, siendo complejo estimar cuándo estarían dispuestos a pagar los usuarios por tales beneficios (gasto de bolsillo en salud) y en muchos casos los sujetos no pagarían y serían usuarios gratuitos del bien (usuarios Sisbén).

Por su parte, Marshall (1925) sostiene que los bienes pueden producir externalidades, es decir, efectos sociales. En este sentido, el bien salud no sólo beneficia a quien la tiene; además, incide positivamente sobre el proyecto de vida del individuo, de su grupo familiar, y genera efectos en la sociedad al favorecer una mayor productividad y mejorar la calidad de vida. Así, entre más externalidades provee un bien como la salud, más se amplía su carácter de bien público.

Generar una provisión eficiente del bien salud (Musgrave y Musgrave, 1999) requiere de la utilización de mecanismos como las políticas públicas en salud, debido a que en los sistemas de salud el mecanismo del mercado no funciona y permite identificar los bienes sociales que el gobierno debe suministrar con base en los recursos fiscales que tenga el país (presupuestos y recursos en salud).

Alcanzar este logro requiere también de decisiones concernientes a impuestos y gastos, donde la decisión se tomará sobre la base de las necesidades de la mayoría, revelando sus preferencias y permitiendo determinar la provisión del bien social (salud), el cual deberá generar iguales beneficios como respuesta a iguales necesidades sociales en salud de toda la población.

En el escenario sanitario del país, dadas las diversas necesidades en salud, también puede emerger el sector privado como prestador de servicios, para no excluir a nadie del beneficio de una buena salud. De esta forma, la naturaleza del bien salud no depende de la naturaleza jurídica del oferente y podría ser ofertado por los agentes privados (IPS).

La discusión sobre los tipos de bienes aplicados al SGSSS requiere aclarar que *los bienes y servicios mercantiles que pertenecen al ámbito privado* son objeto de intercambio con un ingreso o salario, mientras *los bienes y servicios no mercantiles referidos al ámbito de lo público* son una construcción social y por su naturaleza no pueden ser objeto de intercambio, dado que su existencia permite la inserción social, política, de identidad, de seguridad, de justicia, de libertad, de autonomía y de reconocimiento social de todos los sujetos que logran acceder a este tipo de bienes. Estos bienes no mercantiles o satisfactores parten de elementos de desarrollo personal, familiar y comunitario, para aportar a la formación de capacidades en todos los integrantes de la sociedad colombiana.

La salud debería ser un bien público no mercantil, pero además se considera un “bien meritorio” -es decir, la gente la merece por el solo hecho de ser humanos-. La satisfacción con este tipo de bienes no está sujeta a la dinámica de la economía; dada su universalidad, el Estado y la sociedad deben garantizar su provisión, en la conciencia de que aquellos que no poseen estos bienes meritorios son sujetos más vulnerables y están limitados en el desarrollo de sus capacidades. Adicionalmente, cabe considerar que la cantidad ofrecida y demandada de un bien meritorio es modulada por un sentimiento

moral de simpatía, por ejemplo, la que existe entre médico y paciente. Este tipo de provisión, según Adam Smith, es “ponerse en los zapatos del otro”.

Al ser parte de los principios mínimos de protección social para todo ciudadano, los bienes meritorios son convenidos socialmente y se expresan en el contrato social: libertad, justicia, seguridad, educación, salud, nutrición y vivienda. La jerarquización y priorización de la problemática relacionada con estos bienes meritorios es lo que permite avanzar en la formulación de políticas públicas en salud más incluyentes.

Por tanto, es fundamental discriminar según Sen si la salud puede ser considerada un bien intrínseco, una capacidad o un medio para alcanzar libertad, así como también poder caracterizar funcionamientos contruidos a partir de combinar diversos tipos de capacidades, las cuales puedan configurar facultades personales para el aprovechamiento de oportunidades que generen un alto grado de libertad y autonomía al construir proyectos de vida que permitan una mejor calidad de vida y bienestar.

Podríamos decir entonces que estas relaciones aplicadas a la salud nos muestran que bienes como los alimentos pueden tener unas características de aprovechamiento biológico como son las vitaminas y las proteínas, las cuales van a permitir un logro particular que será estar bien nutrido y este será el funcionamiento esperado a partir de este bien tangible.

La teoría de capacidades nos ratifica la importancia de la libertad real para la realización de un conjunto de capacidades, expresadas en “las cosas que uno consigue que se produzcan en su vida-hacer.... y el tipo de existencia que uno logra llevar o las cualidades de su modo de vida-estar, Sen (1997:115)”. Así, el grado de justicia de nuestra sociedad estaría expresado en el grado de desarrollo de las capacidades para funcionar las personas.

La salud en Sen, entonces, sería una capacidad que desde el nacimiento viene como una dotación particular que requiere ser mejorada permanentemente, lo cual

redundería en mejores proyectos de vida y mayor bienestar de la sociedad. Estos aportes desde la capacidad “salud” a una mayor justicia permitirían una mayor libertad y un mayor desarrollo del país.

La idea de justicia en Sen (2009) nos plantea la necesidad de ir más allá de nuestro sentido de la justicia y del por qué debemos tener una concepción teórica de la justicia para tratar de superar la injusticia en salud, en lugar de ofrecer respuestas a las preguntas sobre la naturaleza de la justicia perfecta. Esta teoría podría servir para el razonamiento práctico, así como para abordar cuestiones como la salud y conflictos en las relaciones de los actores de nuestro SGSSS, que no han sido resueltas debido a que distintas razones de justicia producen conclusiones divergentes por lo que el razonamiento y el escrutinio imparcial son esenciales y deben estar inmersas en forma permanente en todas las decisiones en salud.

La relación entre su idea de justicia y los derechos nos muestra que el derecho fundamental en salud es propio de un estado social de derecho como el Colombiano, para construir proyectos de vida de los ciudadanos que sería el resultado integral de cómo la sociedad está organizada; según Sen (1998), la carencia y privación de capacidades estaría condicionada por la precariedad de las dotaciones iniciales (estado de salud al nacer) lo cual impide el ejercicio efectivo de sus derechos y trae como consecuencia una baja calidad de vida. Así las cosas, si no es posible garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud, si deberá existir la política pública para hacerlo alcanzable, dado su carácter vital para la dignidad humana.

Podríamos cerrar esta tercera sección diciendo que la “justicia comparativa basada en realizaciones”, aplicada a la salud, nos propone un modelo de comportamiento individual que incorpora la libertad, el sentimiento y el compromiso a la elección racional de decisiones en salud ampliando la visión del bienestar individual al expandir las capacidades, que incluyen las realizaciones de la gente para acciones justas en salud, sin necesidad de ordenar nuestra sociedad.

1.3.1 La noción de justicia en Adam Smith

La discusión sobre teorías de justicia inmersas en la corriente liberal nos mostró en la sección anterior la justicia comparativa basada en realizaciones que propone Amartya Sen, para recuperar la vida, las experiencias y las realizaciones humanas en el ejercicio de toma de decisiones en salud que podemos referenciar para identificar cual es la concepción de justicia en el SGSSS.

Los orígenes del enfoque de la teoría de justicia de Sen no estarían completos sin reconocer y exponer los aportes que Adam Smith planteó sobre aspectos igualitarios, basados en realizaciones sociales, o aportes fundamentales desde los sentimientos y las percepciones al ejercicio de decisión de los ciudadanos en pro de una mayor justicia imparcial, la cual podríamos aplicar a la caracterización de nuestro actual SGSSS.

Su pensamiento y fundamento de la justicia está relacionado con los sentimientos y principios morales al decir que *“la justicia es considerada una de las virtudes del espectador imparcial, para juzgar desde adentro de las situaciones al ponerse en el lugar del otro”*. la figura del espectador imparcial, aparece cuando se requiere examinar la propia conducta de un sujeto, en un esfuerzo en pronunciar sentencia sobre ella y permitiría desdoblarse en dos (2) personas, *la primera* es el examinador o juez que encarna el espectador imparcial y *la segunda* es la persona cuya conducta se examina y juzga; aquí la idea del espectador imparcial nos muestra sentimientos respecto a la propia conducta de la segunda persona y por lo cual procura hacerse participe poniéndose en su lugar y considerando lo que a el le parecería justo si lo examinara desde ese punto de vista.

El ejercicio del espectador imparcial nos muestra que la segunda persona es la perspectiva que nos lleva a reconocer al otro como sujeto y fuente de obligaciones morales y un primer elemento teórico que nos plantea Smith lo evidenciamos en las relaciones entre el hombre y sus acercamientos a *“la verdad”*, donde no hay razón pura sino práctica.

La verdad podría estar ubicada en un plano lógico racional, considerándola como un problema teórico por el hombre intelectual o ubicada en un plano vital, al considerarla como un problema práctico desde el sentimiento moral. La verdad en el escenario de los moralistas como Smith implica la vida entera del hombre, y, si hay verdad absoluta, debe ser universal e intemporal.

La aplicación de la verdad a la salud corresponde a los momentos de toma de decisiones en salud que realizan los actores del sector sanitario y que deben pasar de un problema teórico representado por la necesidad de recuperar o mejorar un estado de salud al problema práctico de cómo mejorar o mantener un estado de salud, teniendo como base la aplicación del sentimiento moral de la simpatía a la decisión de elegir la mejor intervención en salud.

Después de la verdad, un segundo aspecto que Smith (1976) nos plantea en el capítulo VI de su *Teoría de sentimientos morales* (TSM) es “*la virtud*” como lo valioso de las personas. Considera cuatro virtudes que son fundamentales: la prudencia, la justicia, la benevolencia y el autocontrol.

La prudencia conduce a la propia felicidad, mientras *la justicia y la benevolencia* conducen a la felicidad de los demás; a su vez, es importante *el autocontrol* sobre las pasiones que experimenta el ser humano, como el miedo y la ira. Estas virtudes se vuelven importantes para caracterizar las relaciones entre los actores del SGSSS en sus procesos de decisión e intervención en salud más allá de actitudes como la compasión al considerar desde la filosofía moral que las relaciones basadas en la simpatía entre el médico y el paciente podrían garantizar un mejor estado de salud.

En su obra, *Teoría de los Sentimientos Morales*, Smith nos plantea que *la virtud* es excelencia que se eleva por encima de lo vulgar y corriente y nos dice “*sólo es virtud cuando es hábito*”...donde “*la decencia y el buen sentido, en el común de los mortales obran como reguladores de la conducta y como guía para sus juicios morales*” (Smith, 2004:23). No habría un sentido moral innato si las reglas morales se forman

inductivamente; la convivencia es la única forma de moralidad, donde las virtudes están relacionadas con la fiabilidad que proviene del grado de dominio de las pasiones de la naturaleza humana.

Un tercer aspecto que podemos aplicar a la salud es planteado por Smith (1976) en la primera parte de su obra sobre *la simpatía*, diciendo que la naturaleza del hombre hace que se interese en la suerte de los otros, bien por lástima o por compasión. Nos condelemos por el sufrimiento ajeno “*por medio de la imaginación, nos ponemos en el lugar del otro*” (Smith, 2004:30), lo cual aplica a la relación médico- paciente. También nos plantea sobre el placer de la simpatía mutua que debería existir entre los actores del sistema de salud “*nada hay que nos agrade más que advertir en el prójimo sentimientos altruistas para todas las emociones que sentimos en nuestro pecho*” (Smith, 2004:36).

Por tanto, tener certeza en los juicios morales aprobatorios o desaprobatorios para las decisiones en salud tendría como fundamento *la simpatía*; la cual puede ser inmediata, no surge de la percepción de los sentimientos ajenos sino de la percepción de una situación injusta en salud. Al percibirla “*nos ponemos en el lugar del otro y nos compadecemos o compartimos con él, su placer o su dolor*” (Smith, 2004:45); así ponderamos los sentimientos ajenos con la medida de los nuestros y la justicia de Smith se sustenta en los juicios de un espectador imparcial que percibe de la situación de los otros.

El interés por la salud del otro nos muestra que el efecto de la simpatía es instantáneo a través de la aprobación, que puede ser en forma de sorpresa o asombro, generando admiración y aplauso como la apreciación más natural; así, el estado de salud de un hombre es la medida por la que juzga sobre el estado de salud en otro y no podría poseer otra vía para juzgar acerca de aquellos estados de salud que experimentan las demás personas. Por tanto, las personas se comportan de acuerdo con las reglas generales si estas son precisas o exactas, como en el caso de la “*la justicia como virtud*”; pero si las reglas son imprecisas y flexibles, los comportamientos responden a pasiones si están son agradables, como en el caso de la prudencia.

Así las cosas, la justicia en salud en Colombia sería una virtud fundamental para el sostenimiento de nuestra sociedad, donde cualquier decisión injusta no sería viable a pesar del interés implícito en los funcionamientos de los componentes del SGSSS, el cual está inmerso y modulado en el actual escenario de mercado; así también el amor propio deberá transcender al amor mutuo para poder cooperar entre los individuos hacia la protección de la vida y salud de todas las personas. De esta manera, el individuo planteado por Smith podría tomar decisiones en salud con base en el sentimiento moral, mientras el individuo planteado por Sen lo haría a partir de un proceso racional de reflexión y juicio sobre las preferencias, o actuaría por compromiso.

Cierre capítulo I

El capítulo nos mostró concepciones sobre teorías perfeccionistas de justicia desde una corriente liberal, aplicadas a la salud desde Rawls y Dworkin; así como ideas de justicia desde Sen y Smith, reconociendo tensiones entre la imparcialidad y la razón.

El inicio del capítulo nos mostró la teoría perfeccionista de justicia de Rawls con su idea central de imparcialidad desde una *posición original* y con un *velo de ignorancia* que permitiría definir principios de justicia que podrían aplicar a la salud en sociedades ideales con instituciones justas; Su “justicia imparcial”, se considera una depurada concepción política de la justicia, de cómo pueden cooperar entre sí las personas en una sociedad a pesar de sus intereses, requiriéndose del ejercicio deliberativo para llegar a acuerdos.

La justicia imparcial de Rawls aplicada a la salud explica las desigualdades sanitarias cuyas causas se ubican en el funcionamiento de las instituciones políticas, sociales y económicas de la estructura de la sociedad colombiana, las cuales no satisfacen las exigencias de un sistema justo de cooperación social; diferencias que también están relacionadas con la división social del trabajo que beneficia solo a los grupos más aventajados a expensas de los más desfavorecidos, generando desigualdades en los estados de salud y diferentes accesos a servicios sanitarios.

En la parte final de la segunda sección, se presentó la discusión entre Rawls y Dworkin sobre la igualdad de recursos en salud como posibilidad de organizar la teoría liberal de justicia distributiva, a partir de una teoría profundamente igualitarista que nos propone Dworkin. Esta no pretende hacer iguales a las personas en el bienestar, sino en los recursos de que disponen para perseguir sus intereses y satisfacer sus necesidades en salud.

Mostramos que “*el liberalismo político*” que nos presenta Rawls como una teoría independiente de teorías morales, religiosas o filosóficas comprensivas contrasta con la propuesta de Dworkin, de un “*liberalismo ético*” basado en una concepción de la vida buena. Así, este enfoque aplicado a la salud nos cuestiona sobre el tema de igualdad de recursos como una posibilidad que define “*cuánto quiere invertir en su salud*” para la generación de justicia con unos buenos resultados en salud.

En la tercera sección del capítulo, se presentó la idea de justicia basada en realizaciones sociales, donde el contexto de la teoría de Sen aplicada a la salud nos plantea la inquietud de cuándo nuestra sociedad avanza en términos de justicia en salud.

Por lo anterior, el individuo de Sen utiliza sistemáticamente la razón y el escrutinio razonado para realizar reflexiones y juicios sobre las preferencias para elegir y tomar sus decisiones en salud, pudiendo también actuar por compromiso. Mostramos también la relación entre la razón y el sentimiento moral, donde el individuo de Smith toma sus decisiones con base en el sentimiento moral, mientras en la noción de justicia de Sen lo hace soportado en la razón, si bien se apoya en los planteamientos de Smith.

Entonces, la discusión presentada en el capítulo nos ha mostrado que la concepción de justicia del actual sistema de salud colombiano, si bien privilegia una concepción utilitarista, debería estar inmersa en la corriente liberal, donde podría estar entre el concepto de justicia imparcial en salud de Rawls, traducido como un conjunto único de “principios de justicia” que se refieren de manera exclusiva al establecimiento de instituciones justas en salud, constitutivas de la estructura básica de la sociedad, las cuales exigen que la conducta y prácticas sociales en salud de las personas se ajusten por completo a sus intereses.

O podría estar cercana a la idea de justicia de Sen aplicada al sistema sanitario, el cual estaría en función de las vidas, capacidades y libertades de las personas involucradas en su autocuidado, provocando que las instituciones del SGSSS jueguen

un papel instrumental acorde con lo justo en salud al reconocer las necesidades sociales en salud de todos los Colombianos.

Capítulo II. Significado de equidad en salud desde una perspectiva de justicia

Este segundo capítulo se pregunta por el significado de *la equidad en salud desde una perspectiva de justicia social*, de manera que, además de identificar instituciones justas y equitativas dentro del sistema de salud, también se refieran a las realizaciones de las personas y sus capacidades, así como el aprovechamiento de las oportunidades para desarrollar prácticas en salud que sean reconocidas como justas por toda la sociedad colombiana.

En *una primera sección*, este capítulo pretende hacer visibles otras teorías de justicia contemporáneas que pueden aplicarse a la salud, teniendo como propósito aportar al estado de arte sobre justicia en salud y poderlas relacionar con los enfoques teóricos de justicia presentados en el primer capítulo. *La segunda sección* inicia con la aplicación de las teorías discutidas en la disertación relacionándolas con la justicia social en salud y continúa con la concepción de salud más allá de abordajes biológicos, lo cual nos permite proponer la salud como resultado de una construcción social.

En seguida, se presentan las concepciones y propuestas de análisis de la equidad en salud, tanto desde el sistema sanitario como desde la estructura de la sociedad; aquí, la salud es vista como un medio para la realización de proyectos de vida. La segunda sección concluye con una reflexión sobre las causas de la inequidad en salud.

En *la tercera sección* se presenta un marco general de la protección social en salud en sus avances sociohistóricos relacionados con el aseguramiento, la solidaridad y la equidad, los cuales nos permiten ubicar al SGSSS como una de las categorías desde la cual podemos asumir la pregunta: ¿Qué tan solidario y equitativo es el sistema de salud colombiano? El capítulo finaliza con unas consideraciones que pretenden armonizar los aspectos tratados en las tres secciones anteriores para generar significados sobre la equidad en salud desde una perspectiva de justicia social.

2.1 La Justicia social en salud

En el primer capítulo, las concepciones presentadas sobre justicia en salud nos ratifican que, si bien se ha avanzado en el planteamiento de un tejido conceptual con abordajes teóricos perfeccionistas desde la justicia imparcial en salud de Rawls, es necesario cuestionarse con respecto a la posibilidad de que las prácticas y las políticas sociales en salud estén respondiendo a las necesidades actuales, cada vez más diversas, de toda la población colombiana.

En este sentido, para tensionar la propuesta perfeccionista de Rawls -la salud como un bien primario y medio para lograr un fin con la idea de justicia de Sen – la salud como un bien intrínseco, una capacidad y medio de lograr la libertad, es pertinente explorar otras fuentes teóricas contemporáneas que podrían tener aplicación en el sector salud. Se considerarán entonces las posturas de Martha Nussbaum, Doyal y Gough, Nancy Fraser y Axel Honneth, que son relevantes por su conceptualización sobre la justicia.

El pensamiento de Sen sobre la salud es recogido por Martha Nussbaum, quien nos propone potenciar capacidades para proteger la salud, mientras que Doyal y Gough no sólo nos plantean que todas las capacidades son iguales sino que nos proponen la salud como necesidad humana.

En este escenario de las capacidades y oportunidades, Nussbaum (2005) amplía esta mirada igualitaria desde la cultura, la diversidad y el reconocimiento como elementos de análisis del problema de la justicia imparcial en salud, donde las decisiones en salud serían tomadas desde el escenario de la idea de justicia planteado por Sen y Smith.

El pensamiento de Nussbaum es más cercano al de Sen al resaltar las deudas de la justicia rawlsiana con las capacidades, y lo evidencia en su propuesta de “capacidades funcionales humanas centrales (CFHC)”, al retomar además del enfoque aristotélico de

la buena vida, conceptos morales y políticos que permitirán considerar que la capacidad y el ejercicio de la autodeterminación es un ideal fundamental de la persona dentro de la ética médica.

Según Nussbaum, el ejercicio de construcción de una vida plena requiere de amplios tipos de funciones primarias y de funciones específicas necesarias para el desarrollo de un proyecto de vida, como las siguientes:

- ✓ Las biológicas que comprenden órganos que funcionen bien, buena salud
- ✓ Las físicas para movilidad e integridad física, capacidad para jugar
- ✓ Las sociales como la capacidad emocionales, de comunicación, los sentidos, la imaginación
- ✓ Las mentales como la capacidad de razonamiento, el pensamiento y el control sobre el entorno político y cultural de los sujetos, la garantía de proteger la salud, como la vida

En este marco teórico contemporáneo de justicia imparcial aplicado a la salud, el abordaje de “*la salud como necesidad humana*” de Doyal y Gough (1994) nos propone un escenario de justicia a partir de su teoría de deberes y obligaciones, la cual considera que todas las capacidades son igualmente fundamentales, alejándonos de la mirada prioritaria de Rawls al privilegiar la libertad y de la perspectiva jerarquizada de capacidades que hace Sen.

Por su parte, Fraser (2008) es relevante en esta discusión al plantear elementos relacionados con el sujeto político y los movimientos actuales por *la justicia social en salud*, los cuales carecen de una comprensión compartida de la sustancia de la justicia; por tanto, no sabríamos cuál es la escala de justicia realmente justa debido a la heterogeneidad radical en el discurso sobre justicia que afecta su idea del equilibrio moral. Así, la concepción distributiva de la justicia social podría ser compartida por la socialdemocracia del primer mundo, el consumismo del segundo mundo y el desarrollismo del tercer mundo.

Por tanto, la inquietud de Fraser sobre la dimensión de la justicia en salud estaría relacionada con *la representación y participación política*, la cual surge dentro de sociedades políticamente delimitadas por el estado territorial moderno, con reglas de decisión sesgadas que privan de voz política a los ciudadanos limitando su capacidad de participar como pares en la interacción social para tomar decisiones en salud, constituyéndose la justicia como un problema de primer orden.

Para complementar la discusión sobre la conceptualización teórica contemporánea sobre la justicia imparcial en salud, se propone la expansión de *autonomía* como una categoría común en el pensamiento de Amartya Sen y de Axel Honneth; por lo cual el diálogo entre los distintos enfoques sobre necesidades y capacidades humanas presentados permitirán interpretar los problemas distributivos en salud como problemas de reconocimiento.

La discusión actual sobre justicia social en salud se ratifica con la reflexión planteada por Fascioli (2011), quien nos dice que “la justicia social plantea la necesidad de complementar la justicia distributiva como reconocimiento de Honneth con el enfoque de capacidades de Sen y Nussbaum y la propuesta de Fraser de representación política, para considerar *el valor de la autonomía como un criterio de justicia* (Fraser,2008:15-96). Dicha expansión de autonomía sería vulnerable y dependiente de las condiciones sociales donde los funcionamientos de las capacidades y las oportunidades modulen este proceso de fortalecimiento y complementariedad de la concepción de justicia imparcial en salud.

Las anteriores teorías sobre *la justicia social en salud* serían dimensiones que permitirían articular *la redistribución económica, el reconocimiento sociocultural y la representación política*, constituyéndose en enfoques complementarios e integradores para avanzar en la construcción actual de teorías de justicia en salud, con significados más generales de justicia, como *la paridad de la participación para la toma decisiones en salud*, lo cual requiere de acuerdos sociales que permitan a todos los actores del sistema de salud colombiano participar como pares.

2.2 Concepciones y abordajes de la equidad en salud

Según la CEPAL (2011), América Latina es considerada una de las regiones más inequitativas del mundo en aspectos de distribución de riqueza, configurando un escenario donde la prevalencia de las desigualdades en salud se constituyen en un problema de justicia social; en este contexto, las desigualdades políticas, económicas y sociales determinan las desigualdades en salud, al considerar el estado de salud de una población particular la resultante de su construcción social. Así las cosas, aspectos como el género, la educación, la cultura y la asistencia sanitaria requieren ser ofertados en igualdad de derechos, asegurando el desarrollo de la sociedad en un país particular como Colombia.

La inquietud de Sen (1987) sobre ¿Igualdad de qué? hace referencia a la cuestión del “qué” es lo que debe distribuirse imparcialmente (la salud), proponiendo una igualdad en los resultados finales que en nuestro contexto se traduciría en igualdad en el estado de salud de todos los colombianos, donde el igualitarismo no implica necesariamente una igualdad estricta y requiere que las personas disfruten de la oportunidad de tener un estado de salud igual, determinado por la globalización, los contextos y por una estructura social más flexible.

El propósito de esta sección es establecer criterios sobre equidad en salud desde teorías de justicia social en salud con una primera perspectiva relacionada con el *utilitarismo*, la cual nos propone maximizar la suma de bienestar individuales para lograr un máximo de salud en toda la población colombiana, sin importar si todos los grupos de esta población logran estos beneficios en salud. Esta perspectiva podría estar cercana a la acogida por el SGSSS en la actualidad.

Una segunda perspectiva de justicia social en salud estaría relacionada con la *prioridad*, donde lo importante son los resultados sanitarios finales y la gravedad de la enfermedad y no quién está enfermo ni cómo adquirió la enfermedad. Esta perspectiva se centra en los que tienen peor salud y no necesariamente en el estado de salud de los

más pobres, por lo que estaría más de acuerdo con la mirada de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al privilegiar esta perspectiva dentro del SGSSS, en oposición a una perspectiva más amplia de sociedad y de salud.

Una tercera perspectiva de justicia social en salud estaría relacionada con la idea de justicia de Amartya Sen desde la razón, presentada en el primer capítulo, la cual está centrada en aspectos distributivos. Esta visión, más relacionada con la superación de las barreras sociales que se oponen a la salud de los menos favorecidos, hace más énfasis en la equidad para éstos que en la valoración de la salud total de la población.

Las anteriores perspectivas de justicia social en salud estarían más centradas en el papel distributivo de los resultados finales sanitarios, siendo la equidad en salud considerada como un objetivo social independiente, el cual sería insuficiente. Así las cosas, se requiere una cuarta perspectiva teórica de justicia en salud que permita incorporar de una manera más robusta las necesidades sociales en salud de toda la población colombiana.

En este sentido, la cuarta perspectiva sobre el enfoque de equidad en salud partiría del ideal rawlsiano de justicia imparcial que garantice que la estructura básica de la sociedad colombiana funcione sin exclusiones. Con este enfoque, se reconoce que las desigualdades en salud son consecuencia de una organización social preocupada únicamente por satisfacer las exigencias de algunos, y se transita hacia el reconocimiento de las necesidades y derechos de todos los individuos, configurando así una mirada más amplia de la justicia social en salud.

Operar las anteriores perspectivas de justicia social en salud requiere ordenar la importancia de las inequidades en salud según sus causas relativas, teniendo en cuenta que estas perspectivas proporcionan normas amplias, las cuales contendrían criterios específicos de la equidad en salud que pueden surgir del discurso local y de la necesidad social particular en salud. Del mismo modo, discutir sobre la equidad aplicada a la salud implica una serie de acuerdos previos relacionados con las definiciones y concepciones

utilizadas por los diversos actores del sistema sanitario en sus transacciones diarias; en este sentido, una primera definición tiene que ver con la concepción de salud que proponemos en el siguiente apartado.

2.2.1 La concepción de salud

La salud nunca puede ser un concepto puramente descriptivo sin valor añadido (Canguilhem, 1991). Por ello, tratar de entenderla requiere de su materialización a través del ejercicio de incorporar en el concepto elementos concretos del sistema de salud, particularmente la cobertura, el acceso y la atención en los servicios de salud. Aquí los modelos de prestación y atención nos permitirían identificar la concepción de salud desde enfoques de justicia aplicados al sistema general de seguridad social en salud.

Otro enfoque tendría que ver con la salud como el medio para materializar bienestar y calidad de vida, siendo la estructura social el escenario de construcción teórica de justicia que eleva a un nivel estructural el concepto salud, más allá del sistema sanitario.

En esta disertación, una concepción de salud requiere que se la considere como un concepto intangible y abstracto referenciado a una circunstancia humana o fenómeno social que, a través de la evolución del conocimiento en el tiempo, nos permite describirlo y entenderlo desde múltiples paradigmas o aproximaciones conceptuales, como las siguientes:

- ✓ La salud como expresión de enfermar y sanar, fenómeno biológico complejo multicausado, resultante de procesos de interacción entre diversos elementos de la realidad.
- ✓ La salud como realización cotidiana del proyecto de vida de los sujetos, construcción intencionada y determinada por condiciones sociales, económicas,

políticas y de respuestas sociales organizadas, considerándose un recurso para la vida, no su finalidad.

✓ La salud como un valor; la buena vida, la vida agradable, la vida disfrutable, no es la vida de cualquier manera.

✓ La salud como derecho fundamental (Vélez, 2011), con dimensiones objetivas y subjetivas que nos muestran la relevancia de los derechos económicos, sociales y culturales, siendo requisitos para ejercer derechos civiles y políticos que generan inclusión y participación política y social, permitiendo desplegar libertades públicas para desarrollar un proyecto de vida dependiente de los recursos personales y colectivos, así como de capacidades físicas y psicológicas.

✓ La salud como titularidad o capacidad sería una propiedad privada o derecho inalienable, al ser lo adquirido, lo alcanzado, el medio para. Y este derecho de propiedad brindaría a todos los ciudadanos la oportunidad de alcanzar un estado adecuado de salud o bienestar, de una alimentación y nutrición suficientes para responder al hambre, la falta de asistencia médica o la enfermedad.

Con las anteriores aproximaciones conceptuales, y desde un enfoque de justicia imparcial, en esta disertación doctoral se define la salud como un fenómeno complejo multicausado y como un derecho fundamental y bien mixto; caracterizándola a partir de contextos o dimensiones relevantes que particularizan su dinámica de construcción social de salud individual y colectiva para desarrollar proyectos de vida con el propósito de mejorar bienestar.

2.2.2 La equidad en salud

Una segunda definición tiene que ver con la construcción del concepto “equidad en salud”, el cual parte de considerar que las desigualdades en los resultados en salud reflejan las diferencias de salud entre grupos, que socialmente son aceptadas y no tienen una connotación de justicia, mientras que las inequidades o disparidades en los

resultados en salud se refieren al conjunto de desigualdades que se consideran injustas, e implican que son intolerables y pueden ser evitables.

Esta discusión sobre desigualdades e inequidades en salud nos introduce en el escenario ético para la acción en salud que nos propone Evans (2002), donde la valoración de la equidad en salud debe ampliarse y superar el marco de la asistencia sanitaria, incorporando aspectos como la educación o la libertad para lograr estos resultados.

En este sentido, las políticas y el contexto social representan un amplio conjunto de determinantes que incluyen factores políticos, culturales, sociales y económicos; aquí el contexto social influye en la salud de sus poblaciones, por lo que los más ricos y de mejor posición social tienen una capacidad muy superior para mejorar su propia salud en comparación con los más pobres, comportamiento que persiste en el tiempo y en todos los ámbitos.

Por tanto, los resultados en salud no sólo son la expresión de la condición biológica de los individuos, de los colectivos y de sus riesgos. Al considerar los contextos y las condiciones en las cuales viven y trabajan, ellos nos muestran que su nivel de salud está fundamentado y se comprende desde los modelos explicativos de los determinantes sociales en salud (DSS), propuestos por Marmot y Wilkinson (1999). Desde estos modelos, la educación y el empleo serían dos elementos de la *posición social* que influyen en el nivel de salud y en la equidad sanitaria.

Entonces, la equidad en salud no solamente es un concepto tecnocrático con intereses políticos, económicos y culturales, limitada al campo de la asistencia sanitaria y la salud pública; más que eso, es inherente a la búsqueda más amplia de justicia social. En este sentido, Barry (1990:29) nos dice que *la equidad no es sólo un principio comparativo*, sino un criterio sobre la situación que la persona o grupo de personas ocupan en relación con los demás, requiriendo que “los iguales sean tratados de igual forma y que los desiguales sean tratados en forma desigual”, propuesta análoga al

concepto de equidad horizontal y vertical en el análisis de la asistencia sanitaria de Culyer y Wagstaff (1993), el cual garantiza el principio de igualdad al tiempo que reconoce las diversas necesidades sanitarias de los individuos.

Los anteriores planteamientos nos muestran que ampliar el análisis de la justicia social en salud requiere de la conceptualización de la equidad en salud, aspecto que debe superar dificultades relacionadas con:

- ✓ Seleccionar información para valorar la salud y establecer criterios de *buena o mala salud*, los cuales desde *la visión interna del sujeto* - autopercepción del nivel de salud o lo que el paciente piensa de su estado de salud, y desde *la visión externa del SGSSS* - resultados médicos observados permitirán disponer de información adecuada para tomar decisiones informadas en pro de la salud y del bienestar de la población afectada.
- ✓ Elegir un concepto de ventaja individual o colectiva, con base en la experiencia social de la visión interna que contrarreste las ventajas de la visión externa soportadas con evidencia científica y posicionamiento de los expertos en atención médica, lo cual permitiría determinar sus aportes al logro de la equidad en salud de toda la población colombiana.
- ✓ La mensurabilidad del estado de salud a partir de *la medición ordinal* de alternativas que pueden compararse entre sí (diferencias del estado de salud, sin especificar magnitudes) o *la medición cardinal* que permite comparar diferencias del estado de salud y bienestar desde valoraciones internas y externas para avanzar en análisis de equidad en salud. Al respecto, Sen (1982) afirma que “la mera ordenación también nos dirá algo sobre sus diferencias” (en Evans, 2002: 75-81).

Las diferencias en salud tienen que ver con la naturaleza del ser humano, la cual se expresa en expresiones fenotípicas que, al tiempo que nos caracterizan como una misma especie, nos diferencian filogenéticamente de otros seres. El resultado diferenciado de nuestro proceso reproductivo nos muestra que la desigualdad, aceptada

social e históricamente, refiere a diferencias entre grupos sin valoración sobre la justicia, mientras la inequidad incluye el sentido de justo por su valoración de evitable o no dentro de grupos con concepciones más complejas sobre justicia social, como la pertenencia a un grupo social, político o étnico.

Con este panorama sobre la justicia social en salud, las diferencias en salud de distintas poblaciones en un territorio social se explicarían por factores determinantes de estos diferenciales de salud. De acuerdo con Whitehead (1992), es más probable que los factores relacionados con las variaciones biológicas y las elecciones no libres e informadas sean *desigualdades inevitables e imparciales*, mientras que las diferencias derivadas de los determinantes en los que las personas tienen más posibilidades de elección en cuanto a la forma de vida, las condiciones de trabajo o el acceso a la asistencia sanitaria y otros servicios públicos pueden considerarse *inequidades evitables y no tolerables por la sociedad*.

Por tanto, en el escenario de la justicia social, el concepto de equidad en salud en la disertación tiene una dimensión moral y ética referida a diferencias innecesarias, evitables e injustas, que deben ser intervenidas desde el SGSSS, donde estas injusticias requieren considerar el contexto en que se producen y en este propósito, nadie debería estar en desventaja; requiere que toda la población colombiana tenga una oportunidad justa para lograr su salud potencial.

Si la equidad en salud implica valorar desigualdades desde una idea de justicia, si no es lo mismo que igualdad, posturas como las de Braveman y Gruskin (2003:254-258), que la definen como “*ausencia de disparidades sistemáticas en salud entre grupos sociales más o menos aventajados, en función de la riqueza, el poder o el prestigio*” nos interroga sobre cuál es el escenario sanitario justo y cuál sería la sociedad justa en la actual vida cotidiana de todos los colombianos.

Las posibilidades de análisis serán distintas si la concepción de equidad en salud se centra en proyectos de vida -donde el eje de análisis sean los modos, condiciones o

estilos de vida-, o si se centra en el nivel de salud o enfermedad -donde el eje de análisis estará en la atención de salud referida como igual atención a igual necesidad o diferente atención a diferente necesidad-. Los dos sentidos requieren distintos enfoques de justicia social y respuestas desde la estructura de sociedad representada por los sistemas e instituciones políticas, sociales, culturales, de protección y de seguridad social en salud, para garantizar el bienestar y una mejor calidad de vida a toda nuestra población.

2.2.3 ¿Cuál es el grado de equidad del SGSSS?

La necesidad de establecer criterios sobre la equidad en salud requiere evaluar qué tan imparciales son las desigualdades sanitarias. Pero no es posible abordar este interrogante desde las teorías sobre justicia social con perspectiva utilitarista, igualitaria y de prioridad; se requiere ampliar la perspectiva con la incorporación en el análisis de teorías perfeccionistas de justicia como las que plantea Rawls con la imparcialidad como idea central o desde la propuesta de justicia de Sen con la razón como su idea central y aplicarlas a los componentes del SGSSS para determinar qué tan justo es el sistema de salud colombiano.

En este escenario, permeado por la filosofía moral, pensamientos relacionados con la inequidad en salud, como los de Peter y Evans (2002: 27-35) serían relevantes al estar influenciados por la teoría de justicia de Rawls para establecer relaciones entre las inequidades en salud y las injusticias en las estructuras básicas de la sociedad que permitan desde los enfoques de DSS intervenir *las causas sociales de las causas en salud* para disminuir la inequidad del SGSSS.

Estas inequidades están relacionadas con diferentes niveles de salud que presenta una sociedad o un colectivo particular y estas injusticias al interior de nuestra sociedad podrían relacionarse con corrupción, racismo y discriminación social y de género; por tanto, la adopción de la corriente liberal con ideas de justicia desde la razón o con teorías perfeccionistas con ideas de imparcialidad permitirían intervenir las causas

sociales de la mala salud para disminuir la inequidad en salud y aportar a la salud y al bienestar de la sociedad colombiana.

En este sentido, las causas profundas de la inequidad del SGSSS pueden afectar sectores como el trabajo, el transporte, el bienestar y diversos estratos de la sociedad, sean nacionales, regionales o locales. Aquí las injusticias que se presentan en nuestra sociedad pueden mantener pautas culturales que generan y perpetúan las inequidades en salud; esto exige identificar e intervenir las inequidades en salud con políticas sociales destinadas a prevenir y mitigar la falta de equidad, que durante su puesta en marcha pueden presentar dificultades por los aspectos biológicos y sociales que deben ser intervenidos.

Determinar el grado de equidad del SGSSS requiere plantear la concepción de la inequidad en salud como “toda diferencia injusta y evitable (Braveman, 2003:254-258)” con dos dimensiones de análisis desde el SGSSS: La primera estaría relacionada con *la inequidad en el acceso a la atención de la salud*, donde la distribución de los recursos asignados a la atención médica no sea orientada según necesidades de una parte de la población, focalizando según capacidad de pago y desconociendo la máxima de ofrecer igual acceso e igual tratamiento a igual necesidad.

La segunda dimensión de análisis tiene que ver con *la inequidad en el nivel de salud de la población*, que puede afectar positivamente el estado de salud de los sujetos generando mayor bienestar y calidad de vida. Esta segunda dimensión confirma el análisis de equidad en salud que privilegia lo estructural, los modos, condiciones y estilos de vida, proyectándose más allá del sistema de salud hacia la construcción y realización de los proyectos de vida de los sujetos.

Las anteriores dimensiones de análisis del grado de equidad del SGSSS colombiano nos muestran que las inequidades sociales afectan a todos los países en vía de desarrollo ampliando las diferencias en salud con relación a los demás países y dentro de sus propios territorios, dado que las condiciones políticas, macroeconómicas y

sociales provocan que no se distribuyan los beneficios entre todos los sectores de la población y enmascaran los resultados en salud de la gran mayoría de la población.

Lo cual pone de manifiesto que las desigualdades en salud no son tan imparciales, y que las inequidades en salud son la resultante de diferencias en las condiciones socioeconómicas, culturales o medioambientales que son innecesarias, evitables e injustas; pensamiento ratificado por Whitehead (2002) al decir “*las desigualdades injustas en salud equivalen a las inequidades en salud*” (Whitehead, en Evans, 2002:13-25).

Con base en lo que se ha presentado, podríamos decir que la formulación de respuestas políticas desde el Estado y el SGSSS permitirían atacar las causas profundas de la inequidad en salud en Colombia, para lo cual se requiere actuar en una amplia variedad de campos, algunos de los cuales se mencionan a continuación:

- ✓ Establecer valores y objetivos de equidad en salud, que demuestren la injusticia y la parcialidad de los actuales ordenamientos económicos y sociales, así como plantear consensos sobre los valores sociales que orientarían éticamente el accionar de estas políticas. En este sentido, Whitehead y otros autores (1998) nos plantean dos objetivos de equidad; unos “simbólicos, cuyo fin principal es inspirar y motivar, y otros de carácter práctico o metas de acción, que pretenden ayudar a vigilar los progresos hacia la equidad y mejorar la responsabilidad en el uso de los recursos (Whitehead, 1998:1279-1282)”.

- ✓ Describir y analizar las causas sociales de la mala salud, a partir de valorar la magnitud y la naturaleza del problema sanitario, para lo cual los indicadores trazadores del estado de salud, que representan únicamente a la población que accede a un servicio de salud no proporcionan una guía fiable de lo que está sucediendo con la salud de los distintos grupos de la sociedad colombiana.

- ✓ Erradicar las causas de las inequidades, a partir de identificar e intervenir los determinantes estructurales y el contexto que influyen y modulan la equidad en salud

de la población colombiana, como puede ser la pobreza, las condiciones macroeconómicas y culturales.

✓ Reducir las consecuencias negativas de la mala salud, a través de proponer un sistema de salud más equitativo sin barreras de acceso económico, geográfico y cultural, así como de buena calidad con una concepción de justicia social para el monitoreo de la equidad.

Podríamos cerrar este punto, diciendo que los enfoques teóricos de justicia social en salud con perspectiva utilitarista, igualitaria y de prioridad son insuficientes al tratar de responder que tan justo es el sistema de salud colombiano.

Que desde el enfoque de capacidades de Sen y Nussbaum complementado con la justicia distributiva como reconocimiento de Honneth y la propuesta de Fraser de representación política, podemos considerar *el valor de la autonomía como un criterio de justicia social en salud*.

Así las cosas, la perspectiva de la justicia imparcial aplicada a la salud, sería una de las posibilidades sobre la concepción de justicia que nos oriente hacia una limpidez máxima dentro del SGSSS Colombiano y por tanto la imparcialidad al ser su idea nuclear nos permitiría atacar y modificar las causas profundas de la mala salud por medio de un sistema de salud orientado desde una justicia política construida con los aportes de toda la comunidad.

2.3 El SGSSS: De la Solidaridad (fraternidad) a la Equidad

”No hay en principio razón alguna para que las mayores ganancias de algunos no puedan compensar las menores pérdidas de otros” (Rawls, 1967:124)

La evolución sociohistórica de la justicia dentro de los sistemas de salud puede ser abordada desde las transiciones entre los principios de aseguramiento, solidaridad y equidad, por lo cual en esta última sección del capítulo se discute sobre las

características de los modelos de protección social, sus principios y las posibilidades para llegar a la equidad en salud. Además, con la descripción del comportamiento histórico del gasto en salud durante el periodo 1993-2013, se quiere evidenciar que el sistema de salud colombiano adolece de equidad en sus componentes de financiamiento, aseguramiento y prestación.

Esta discusión requiere profundizar en los conceptos de protección social y seguridad social en salud y en los principios relacionados con el aseguramiento, la solidaridad y la equidad. La profundización se propone desde el pensamiento de teóricos de la economía como Karl Polanyi, John Maynard Keynes, Philippe Van Paris.

Polanyi (1984), en su crítica del liberalismo económico, nos plantea que *la protección social* en las sociedades capitalistas contemporáneas ha sido considerada “una protección de la sociedad contra los riesgos en un orden económico estructurado por un mercado autorregulador... con el surgimiento de un conjunto de instituciones de protección social destinadas a recomponer el vínculo social disuelto por la liberación de las fuerzas del mercado (En Crecimiento, equidad y ciudadanía, Cid, Unal, editor Yve le Bonniec, 2006:138)”.

En este escenario regulado por el mercado, la protección social en Colombia ha sido considerada como una política social que contiene el SGSSS, como el componente esencial encargado de los riesgos y la salud de toda la población colombiana. En este sentido, el orden económico estructurado y regulado por el mercado nos interroga si “lo social” de la protección social se puede considerar un conjunto de mediaciones entre aspectos económicos, políticos y sociales, donde la tensión de sus relaciones genera regulación social y mantiene un tipo particular de sociedad, por lo cual iría más allá de una regulación funcional que privilegia el interés político y económico.

La seguridad social en salud se inició desde los sistemas modernos capitalistas, justificada por la necesidad de mantener altas tasas de producción y acumulación de riqueza y también se buscaban mecanismos institucionales para vivir más y ser más

felices. Esta aproximación es clara en Bentham y Marshall, constituyéndose en un dispositivo de respuesta del Estado y de los gobiernos que permitiría mantener concentrado el poder y la riqueza a través de la plusvalía generada por procesos productivos primarios y secundarios con requerimiento de personal con buena salud y mano de obra calificada, para sostener esta dinámica social de producción.

La anterior articulación de procesos ha generado la especialización de la protección social, que en el caso de la salud colombiana se realiza por medio del SGSSS, el cual es responsable por el estado de salud de los sujetos. En este sentido, el análisis de política pública sobre la seguridad social en salud permitirá comprender las concepciones sobre justicia en salud que están inmersas tanto en sus componentes de financiamiento, aseguramiento y modelos de atención y prestación como en las prácticas sociales en salud de la población colombiana, al ser una de las expresiones de su diversidad, reconocimiento y tejido social con precaria inserción social y laboral.

2.3.1 ¿Cuál es la concepción de justicia que está inmersa o ausente en el sistema de salud colombiano?

En Colombia, el SGSSS, como subcategoría de la protección social, fue definido como el conjunto de políticas con enfoque de derechos fundamentales que orientan la respuesta del sistema de salud a las necesidades sociales en salud desde la planificación.

Abordar la pregunta sobre la concepción de justicia del SGSSS requiere comprender si en la respuesta del Estado colombiano a las necesidades sociales en salud –un modelo basado en la gestión del riesgo, con una estructura de operación mediada por el tipo de aseguramiento y unas formas particulares de financiamiento y prestación– existen posibilidades para avanzar en solidaridad, o si hay allí un tránsito hacia el principio de equidad. A partir de esta comprensión, además, es necesario formular otra pregunta: ¿Cuáles son las características de un sistema equitativo de seguridad social en salud?

Para Van Parijs (2004), han existido tres modelos de seguridad social cuyas características particulares pueden coexistir por lo cual podríamos decir que no existen modelos puros. Dichos modelos son el *bismarckiano*, con énfasis en el seguro del trabajador ante el riesgo, el *beveridgeano* donde se realiza un seguro no solo del núcleo familiar del trabajador asalariado, sino que permite una transferencia de recursos ex ante hacia los asegurados que no tienen formas de pago y estaría este modelo más relacionado con la solidaridad, y el *paineano*, con su propósito de alcanzar la equidad al proponer darle a cada quien lo que necesita considerando un ingreso completamente incondicional.

Cada uno de estos modelos de seguridad social tiene un tipo distinto de justificación, al poder transferir el aseguramiento, la solidaridad y la equidad, los cuales deberán potenciarse para no solo ser solidarios y avanzar en equidad al tener todos los integrantes de la sociedad colombiana la misma posibilidad de satisfacer sus diferentes necesidades sanitarias requiriéndose, según González (2002), “*superar el seguro y la solidaridad para avanzar hacia la equidad en salud*” (Van Parijs, 2004:55-79).

Por tanto, nos preguntamos cuál de estos modelos aplica al sistema colombiano, que ha sido caracterizado como universalista, solidario, basado en aseguramiento, y que desde el discurso hegemónico ha estado soportado en recursos internos suficientes para su sostenibilidad financiera, pero cuya operación y viabilidad es precaria, de manera que ha requerido de varias propuestas estructurales de sostenibilidad, como la financiación mixta con aportes de los afiliados y del Estado de manera progresiva.

Una primera respuesta a estas inquietudes se puede elaborar a partir de Keynes, cuando afirma que la seguridad social tiene su razón de ser en la incertidumbre. El sistema bismarckiano (1883), aún vigente en la época de Keynes (años 1930), reflejaba el tipo de mecanismos que la sociedad construye para protegerse frente a la incertidumbre del futuro. Este sistema presentaba la debilidad notoria de acoger solamente al trabajador.

La evolución de los modelos de protección nos muestra el paso del modelo del trabajador asegurado a la protección del grupo familiar, y de allí la proyección a la solidaridad con los demás. La proyección de esto último se formula en el modelo de Beveridge, el cual condensa en el principio de solidaridad la necesidad de transferir los derechos sociales del trabajador a toda la población, en un escenario donde el aseguramiento era más compatible con el mercado que con la asistencia del Estado. Algunos de estos elementos son la base del actual modelo de salud colombiano.

El SGSSS es considerado un sistema de rectoría, dirección y modulación, operando como un “conjunto integrado de medidas de carácter estatal, ordenado para afrontar contingencias que afectan la vida de los sujetos de manera eventual o permanente (ley 789 del 2002:art 1)” y también ha sido definido como un derecho fundamental para cubrir los riesgos de la vida en sociedad con independencia de la calidad de asalariado de la persona, recogiendo los principios del artículo 22 y 25 de la Declaración de los Derechos Humanos y del artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La discusión sobre la concepción de justicia en salud dentro del SGSSS nos muestra que no sólo es un compromiso de país, sino que es un proceso donde se destaca que no basta con el aseguramiento del modelo de Bismarck ni con la solidaridad de Beveridge, sino que, como lo plantea González (2005:14), *“...es indispensable dar otro paso hacia la equidad, como propone Paine, para avanzar hacia la cobertura universal, reconociendo el predominio de la relación de ciudadanía universal y la riqueza de la sociedad, en la medida en que los beneficios sociales son asegurados, como derechos, de forma universalizada a todos aquellos que los necesiten...”*.

En este sentido, podemos afirmar que nuestro sistema de salud actual esta basado en una concepcion de justicia utilitarista y de prioridad , el cual requiere profundizar en elementos de imparcialidad y de equidad en salud, expresados en una atención diferenciada ante diferentes necesidades en salud.Incorporar la misma atención ante iguales necesidades en salud para grupos poblacionales que se consideran más

vulnerables -como la niñez, el adulto mayor y el binomio madre gestante recién nacido-, se constituye en la práctica una atención diferencial en salud.

El trato diferencial en salud, nos retrae nuevamente al escenario utilitarista que guía nuestro sistema de salud; poder acceder a la salud en Colombia, requiere demostrar que somos ricos (medicina prepagada), o que formamos parte del escenario laboral formal para ingresar al régimen contributivo, o declararnos pobres para ingresar al régimen subsidiado (subsidio a la demanda), o bien mantenernos como población no vinculada al sistema (subsidio a la oferta).

2.3.2 Financiamiento del SGSSS

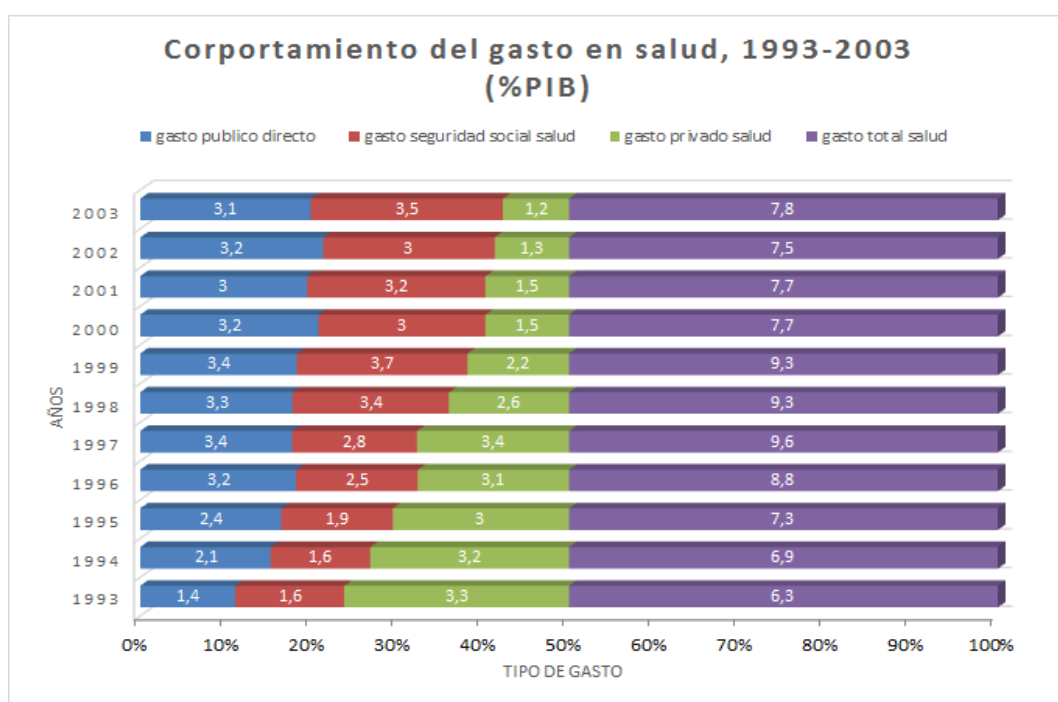
La evolución del modelo de aseguramiento de nuestra sistema de salud hacia la solidaridad y las posibilidades de alcanzar la equidad requiere evidenciar el comportamiento financiero que ha tenido nuestro SGSSS desde sus inicios hasta hoy para identificar no sólo el grado de eficiencia que lo pudo haber caracterizado durante su implementación, sino el grado de equidad que ha podido alcanzar actualmente.

En este punto de la discusión, describir el comportamiento del gasto total en salud nos podría ayudar a entender los comportamientos inequitativos del SGSSS; gasto que, en primera instancia, tiene que ver con el porcentaje del PIB del país que ha sido destinado para el sector durante el periodo 1993-2011 (véanse gráficos 2.3 a y 2.3. c), así como su correspondencia en millones del 2000 para la serie 1993-2003 (véase gráfico 2.3. b) y en millones del 2005 para la serie 2003-2011 (véase gráfico 2.3. d). Luego se presenta el análisis del gasto en salud con su comportamiento dentro de la seguridad social en salud, distribuido por régimen de afiliación en series correspondientes al periodo 1993-2003 (véase gráfico 2.3. e) y al periodo 2003-2011 (véase gráfico 2.3. f).

La serie sobre el comportamiento de gasto en salud durante el periodo 1993-2011, tiene la intencionalidad de probar la siguiente *hipotesis*: Ante un mayor número de

políticas distributivas y redistributivas destinadas para el sector sanitario expresadas en el aumento del gasto total en salud, sus efectos en el SGSSS nos mostraria que la intermediacion y administracion de la atencion tienen un efecto negativo en los recursos destinados para atender las necesidades en salud de toda la poblacion colombiana, provocando que los resultados e impactos en la salud de todos los colombianos, continuen siendo deficientes y con tendencias a empeorar.

Gráfica 2.3.a. Gasto en salud, Serie 1993-2003



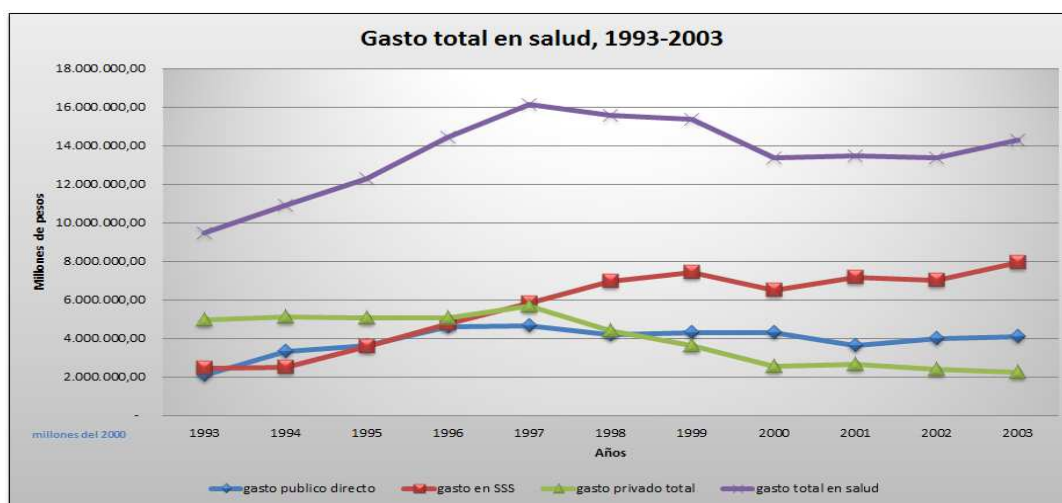
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-SISPRO. Elaborado por el autor

El comportamiento durante el periodo 1993-2003 nos muestra un aumento del producto interno bruto(PIB) para el sector salud con un gasto total en salud que inicia en 6,3% del PIB en 1993, pasa a 9,6% en 1997 y cierra en 7.8% en 2003. El gasto público total en salud (público directo y del régimen subsidiado) pasó de 1,4% a 3,1% del PIB entre 1993 y 2003; así también, Barón (2007) nos plantea que como efecto del aumento de las contribuciones obreras y patronales ordenadas en la Ley 100/1993, el gasto parafiscal en salud pasó de 1,77% del PIB en 1993 a 2,67% en 1997.

El anterior aumento del gasto en salud contrasta con la caída del gasto privado en salud, el cual inicia en 3,3% del PIB y cierra en 1,2% entre 1993 y 2003, con una caída marcada en el gasto de bolsillo (subcategoría del gasto privado), el cual pasó de 2,7% del PIB en 1993 a tan sólo 0,6% del PIB en 2003, evidenciando los efectos de la afiliación y siendo mayor para aquellas personas que no estaban aseguradas.

Así las cosas, el gasto total en salud durante el periodo aumento 1,5% del PIB a expensas de un aumento del gasto público directo y del gasto en seguridad social en salud, lo cual nos ratifica que se destinó dicho gasto para aumentar la población afiliada en los regímenes contributivo y subsidiado, provocando una disminución del 2,1% del gasto privado en salud.

Gráfica 2.3.b. Gasto en millones, Serie 1993-2003



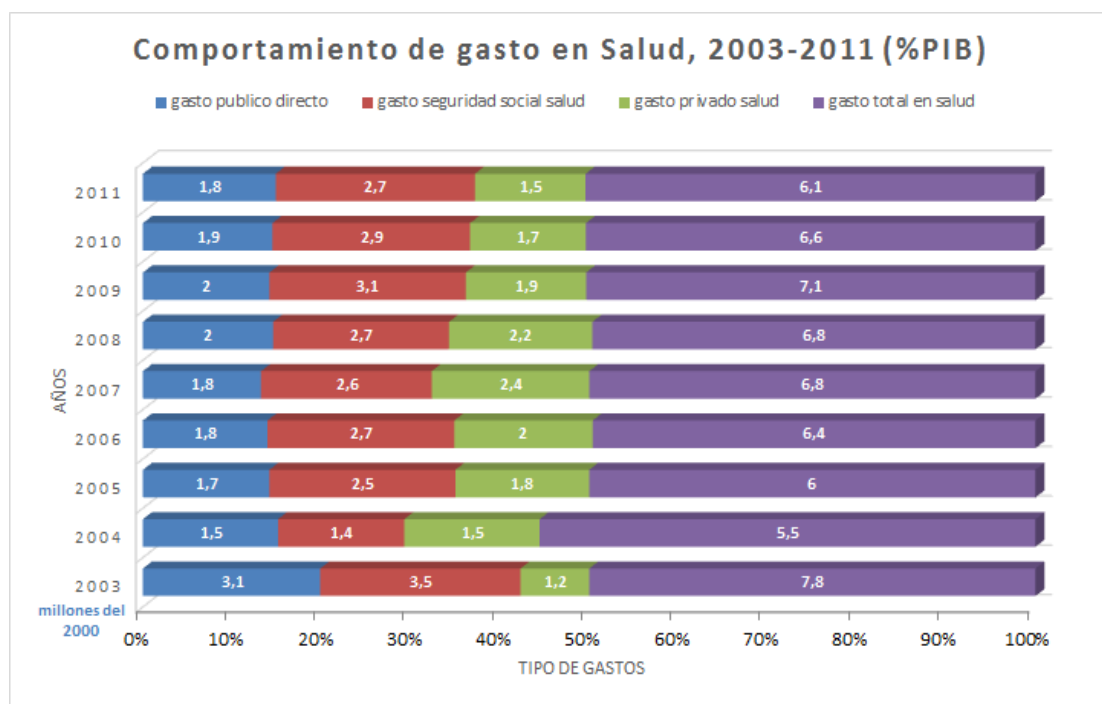
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-SISPRO. Elaborado por el autor

La serie del gasto total en salud correspondiente al periodo 1993-2003 nos muestra un aumento cercano al 66% entre el año 1993 y el 2003, con un gasto público directo que inicia en \$2.080.838 en 1993 y llega a \$4.075.899 en 2003; con una tendencia creciente mayor del gasto en seguridad social en salud que inicia en \$2.443.883 en 1993 y cierra en \$7.029.054 en el 2003 y con una tendencia decreciente

marcada del gasto privado que inicia en \$4.969.374 en 1993 disminuyendo hasta \$2.384.123 en el 2003.

El anterior comportamiento evidencia la gran inyección de recursos públicos y de seguridad social al sistema durante los 10 primeros años de operación del SGSSS para poder absorber la demanda de nuevos usuarios. De manera complementaria, se observa el efecto decreciente en el comportamiento del gasto privado en salud, en especial del gasto de bolsillo de las familias.

Gráfica 2.3.c. Gasto en salud, Serie 2003-2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-SISPRO. Elaborado por el autor

El comportamiento del gasto total en salud como porcentaje del PIB durante el periodo 2003-2011 inicia con 7,8% del PIB en 2003 pasa a 7,1% en 2009 y cierra con 6,1% en 2011. El gasto público total en salud (público directo y del régimen subsidiado) pasó de 3,1% a 1,8% del PIB entre 2003 y 2011. El gasto en seguridad social en salud

(régimen contributivo) pasó de 3,5% a 2,7% del PIB entre 2003 y 2011. El gasto privado en salud pasó de 1,2% a 1,5% del PIB entre 2003 y 2011.

La tendencia del comportamiento del gasto en salud, nos ha mostrado en ambas series (ver gráfica 2.3.a y 2.3.b) que el aumento del PIB se ha incrementado y se estabilizó durante el periodo 1999 -2011 en 7,5 puntos del PIB, pero continuo aumentando hasta cerca de 10,5 para el 2013; sin embargo a su interior se puede discriminar que el gasto público directo y el gasto en seguridad social en salud se mantiene entre 1,8 y 2,7% y el comportamiento particular del gasto de bolsillo tiende a seguir decreciendo.

Gráfica 2.3.d. Gasto en millones, Serie 2003-2011



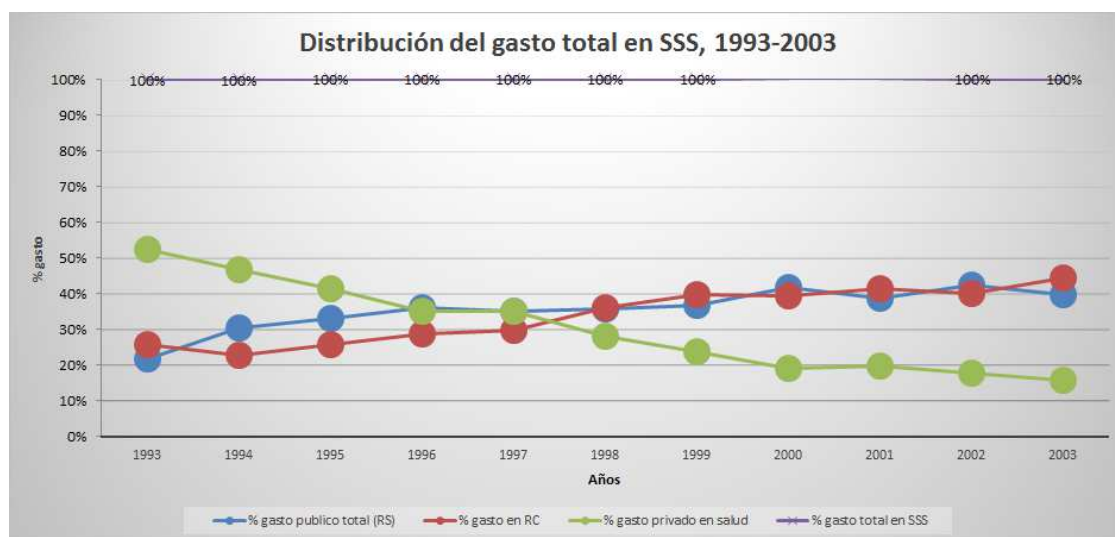
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-SISPRO. Elaborado por el autor

El comportamiento del gasto total en salud del periodo 2003-2011 también puede analizarse desde el origen de los fondos. Esto permite reconocer tanto una tendencia creciente del gasto total en cerca de un 57% entre los años 2003 (17.842.250) y 2011(31.019.076), sino una mayor participación del sector público en la composición de esos recursos. Así, el 82,7% que corresponden a \$14.755.540,75 y el 75,1% que

corresponden a \$23.295.326,08 de los recursos fueron de origen público en 2003 y 2011, respectivamente.

En relacion con los recursos de origen privado, su participación en el gasto total en salud corresponden a \$3.086.709,25(17,3%) en el 2003, con tendencia ascendente hasta el año 2008, con una participacion de \$ 6.697.000,22 (29,3%) y mantienen un comportamiento sostenido hasta llegar a \$7.723.749,928(24,9%) en 2011.

Gráfica 2.3.e. Gasto por régimen del SGSSS, Serie 1993-2003



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-SISPRO. Elaborado por el autor

La distribución del gasto total en seguridad social en salud presentado anteriormente (véase grafica 2.3.b), al identificar sus variaciones de participacion nos muestra en la grafica 2.3.e, que el gasto público total (público directo y del régimen subsidiado) durante el periodo 1993-2003, inicia en 21,9% con un crecimiento sostenido hasta 35,2% en 1997 y se mantiene una tendencia creciente moderada hasta llegar a 39,6% en el 2003.

Las variaciones en porcentaje del gasto de seguridad social (del régimen contributivo) nos muestra su inicio en 25,7% en el 2003, con un crecimiento similar al

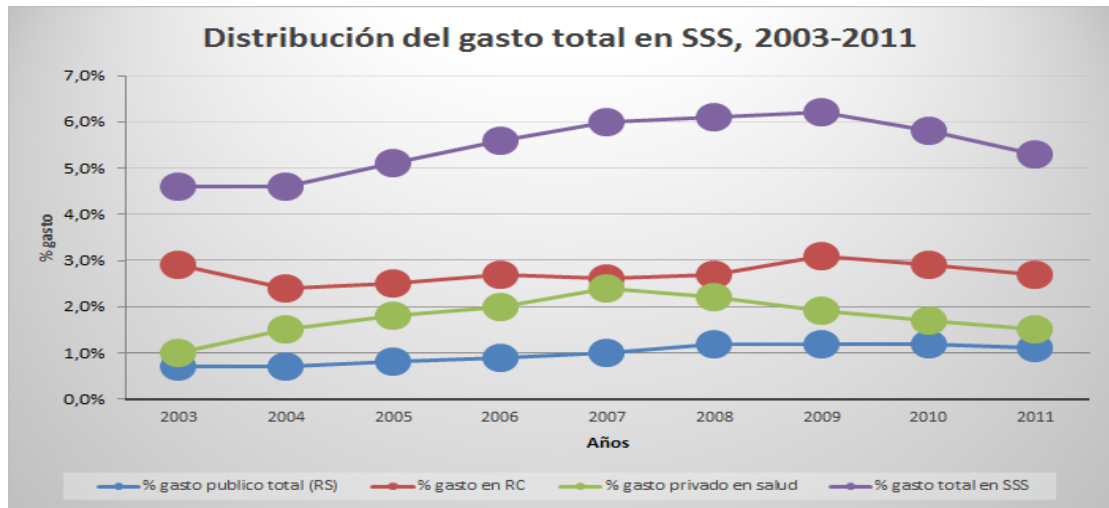
del regimen subsidiado hasta llegar a 29,7% en 1997 y continua con una mayor tendencia creciente hasta llegar a 44,5% en el 2003. Durante el periodo se produjo la sustitución del gasto privado (especialmente del gasto de bolsillo) por gasto financiado con recursos de aseguramiento (cotizaciones de la seguridad social), lográndose disminuir el gasto privado en salud cerca de \$1,3 billones -52,3% en 1997 a 15,9% en 2003- y como proporción del PIB paso de 3,3% en 1993, a 3,4% en 1997 y a 1,2% en 2003.

También es de resaltar que la participación en el gasto en salud de los actores del sistema -EPS privadas- aumenta a partir del 1996, provocando un aumento del costo de sus transacciones hasta un 34%, mientras disminuye para las EPS públicas, como el ISS o Caprecom, las cuales llegan por ineficiencia a tener un gasto administrativo cercano al 45%.

Este comportamiento provoca cambios drásticos durante el periodo 1993-2003, con aumentos significativos por parte de las EPS en gastos de administración (de 6,4% a 15,1%), inversión (de 2,5% a 10,3%) y demás usos (de 3,1% a 9,5%). Así las cosas, otro aspecto clave es la disminución drástica en el gasto directo de atención en salud (de 87,9% a 64,7%); lo cual refleja lo injusto del sistema para la mayoría de la población colombiana y grandes utilidades para los agentes de intermediación del sistema de salud.

Otros aspecto del análisis del periodo 1993-2003 que merece resaltarse es presentado por Sánchez y Col (1999), quienes aportaron evidencias de la reforma de 1991, al decir que *“los cambios institucionales mostraban un aumento del gasto en el sector... el cual fue apropiado por el 40% más pobre de la población... mientras el 40% más rico de la población antes de la reforma concentraba el 50% del aseguramiento total, pero que en 1997 este porcentaje bajó a 45% por efecto de la mayor afiliación entre los más pobres”*.

Gráfica 2.3.f. Porcentaje del gasto por régimen del SGSSS, Serie 2003-2011



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-SISPRO. Elaborado por el autor

La serie sobre comportamiento del gasto correspondiente al periodo 2003-2011 muestra que el porcentaje del gasto total en seguridad social en salud se ha mantenido con tendencia creciente, al aumentar de 5,9% a 6,1%; lo cual se explica por la necesidad de asignar recursos en el 2010 para cumplir con el mandato de la Corte Constitucional de igualar inmediatamente los Planes Obligatorios de Salud del régimen contributivo y subsidiado para los menores de 18 años. Con este fin se asignaron al sistema \$818 mil millones en el 2011, lo cual representa 4,5 veces el valor de 2010.

Por tanto, los recursos del sector durante el periodo 2003-2011, incluyendo el gasto de bolsillo, se incrementaron (véase grafica 2.3.d); el porcentaje de gasto público total, que estaba en 0,7% en el 2003, aumenta hasta llegar al 1% en 2007 y cierra el periodo con 1,1% en el 2011. El porcentaje del gasto en el régimen contributivo, se ha mantenido desde 2,9% en el 2003 con tendencia ascendente hasta de 3,1% en el 2009 (emergencia económica en salud) y luego desciende hasta llegar a 2,7% en el 2011. Por último, el porcentaje del gasto privado en salud es el que ha presentado mayores oscilaciones: parte del 1% en el 2003, aumenta hasta 2,4% en el 2007, y desciende hasta llegar a 1,5% en el 2011.

Durante el periodo 2003-2011, el Ministerio de Salud y Protección Social apropió para el 2011 las siguientes partidas: \$5 billones para el componente de salud del SGP, \$812 mil millones para la ampliación del POS subsidiado para menores de 12 años, \$724 mil millones de pesos para renovar la afiliación del régimen subsidiado de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA y \$1,26 mil millones de pesos para programas.

El anterior comportamiento generó una apropiación para el Sistema de \$9 billones, de los cuales \$5,6 billones se asignan a los entes territoriales a través del SGP y \$858 mil millones de pesos para la renovación de la afiliación del régimen subsidiado mediante la asignación a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.

Con este panorama, podemos decir que el SGP ha crecido un 36% desde 2007, mientras que los recursos destinados a la subcuenta de solidaridad tuvieron una caída drástica de 2007 a 2008 al pasar de \$1,8 billones a tan sólo \$682 mil millones, y desde entonces se observa un crecimiento sostenido para régimen subsidiado hasta alcanzar \$858 mil millones en 2011.

El análisis de la serie de financiamiento del SGSSS para el periodo 1993-2011 en conjunto nos muestra un comportamiento ascendente del gasto en salud, lo cual nos ratifica que los recursos en salud para el 2012 cercanos a los 46,2 billones hubieran permitido cumplir con el gasto total en salud, pero donde la redistribución de recursos dentro del sistema se orientó con un enfoque de justicia basado en la utilidad de unos pocos (intermediación cercana al 40%), provocando que sólo un 60% de los recursos se utilizaran en las atenciones en salud que la población afiliada necesitaba; problemática que también ha afectado a los vinculados y a los afiliados a los regímenes especiales, por lo cual el sistema actual no es sostenible con la dinámica del gasto y la orientación del modelo de salud del país.

La serie de financiamiento presentada nos ratifica la *hipotesis planteada para este componente del SGSSS*, la cual nos evidencio que a pesar de un mayor numero de politicas distributivas y redistributivas destinadas para el sector sanitario, el efecto de la

intermediación y administración de la atención es negativo para los recursos destinados específicamente a atender las necesidades en salud de toda la población colombiana, provocando que los resultados e impactos en la salud de todos los colombianos, continúen siendo deficientes y con tendencias a empeorar.

También hemos mostrado en las series sobre financiamiento del SGSSS del periodo 1993-2011 presentadas que los comportamientos del PIB destinado a salud en los últimos años son ascendentes, y se estima que actualmente 10,5% del producto interno bruto (PIB) se destina a la salud, lo cual ratifica que la injusticia del sistema ha aumentado al generar diferentes niveles de salud a las poblaciones pertenecientes a diferentes regímenes, a pesar de la redistribución aumentada de recursos para todo el sistema de salud.

Así las cosas, las tendencias del gasto total en salud durante los últimos 22 años nos muestran que los recursos en salud han aumentado geométricamente: 6,89 veces en los primeros 16 años y 11,61 veces en los últimos 6 años; es decir, se duplicaron los recursos financieros para el sector: este comportamiento nos muestra que para el año 2012 se presupuestaron 46,2 billones de pesos que en su momento podrían permitir una cobertura universal del sistema.

Sin embargo con el escenario de intermediación creciente no se logró la cobertura universal, sino se disminuyeron los recursos de la atención, lo cual nos permite evidenciar que el enfoque de justicia del componente de financiamiento del SGSSS es más cercano a la utilidad y prioridad de unos pocos, lo cual facilitaría que continúen los problemas de injusticia de nuestro modelo de salud.

Esta duplicación de recursos para el sector salud no refleja un efecto positivo en la operación del sistema al presentar déficit presupuestal en su red pública de hospitales, déficit en su ejercicio de dirección, regulación, inspección, vigilancia y control; así como sus efectos en la salud de la población, la cual solo evidencia mejoría en

indicadores trazadores relacionados con la población que logra acceder a los servicios de salud.

La reforma del sistema de salud colombiano realizada en 1991 buscaba un sistema de financiamiento y de prestación más equitativo que permitiera avanzar en equidad del sistema; en este sentido, se introdujo la competencia entre los aseguradores para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, así como la competencia entre los prestadores, con elementos de regulación; sin embargo, no se llegó a un consenso sobre la equidad dentro del sistema, por lo cual sus componentes, actores y procesos tendrían varios enfoques de equidad, los cuales provocarían diversas intencionalidades al operar y generar resultados en salud. Por tanto, la interpretación de la equidad en el financiamiento sería diferente a la equidad en la prestación o la equidad en el estado de salud de las poblaciones.

La evaluación del financiamiento del SGSSS presentada también es ratificada por Núñez (2012:12-30), al decir que “... *el modelo no es sostenible por razones como:* 1. *el crecimiento de la tasa de recobros al FOSYGA pone en riesgo la sostenibilidad del régimen contributivo y la solidaridad para el régimen subsidiado.* 2. *El aumento de los cupos en el régimen subsidiado y la ampliación de su POS implica una expansión en el gasto y una mayor carga fiscal.* 3. *El crecimiento inercial de los costos en salud con las nuevas tecnologías.* 4. *El envejecimiento de la población con mayores necesidades en salud.* 5. *La necesidad de aumento de la cobertura del SGSSS...*”

Cierre del capítulo II

El capítulo nos ha mostrado que es insuficiente construir un significado de la equidad en salud desde teorías de justicia social con perspectiva utilitarista, igualitaria y de prioridad. Por ello existe la necesidad de considerar la perspectiva de imparcialidad para ampliar y complementar la idea de justicia en salud con criterios como *el reconocimiento social, la redistribución económica y la representación política*, que en su interacción configuran un prisma para mirar la salud como una necesidad humana y una capacidad que nos genera autonomía y libertad.

En la segunda sección del capítulo mostramos que aplicar la perspectiva de justicia imparcial en salud requiere de consensos sobre qué es salud⁴. En esta disertación, la definimos *como construcción social (véase punto 2.2)*, lo cual nos permitió preguntarnos qué es lo justo y equitativo de la salud. Al tratar de responder a este interrogante desde teorías de justicia social en salud, fue posible definir la equidad en salud como un principio comparativo donde todos los colombianos tengan la oportunidad justa de construir su salud sin desventajas ni disparidades entre diferentes grupos sociales.

Nuestra propuesta de equidad en salud (véase punto 2.2) nos permite acercarnos a discutir definiciones sobre la equidad en salud como la de Whitehead, “*la ausencia de diferencias sistemáticas, injustas y evitables*” (1992:429-445), en uno o más aspectos de la salud de los sujetos con distintas características geográficas, demográficas o socioeconómicas; diferencias que en su desarrollo socio histórico muestran que la equidad ha sido un objetivo fundamental a alcanzar por la sociedad en sus

⁴Fenómeno complejo multicausado, dinámico, relativo, abierto; derecho fundamental y bien público.

configuraciones contenidas en diferentes territorios sociales, regiones y países a nivel mundial.

Esta concepción de equidad aplicada al sistema de salud colombiano nos muestra que la lógica del mercado no debe aplicársele al “bien salud”, definición construida a partir de la discusión sobre bien público, bien privado y mixto presentada en la sección 1.3 del primer capítulo, por lo que su *financiación* debe plantearse desde impuestos generales que se cobren en función de la riqueza y la capacidad de pago de los contribuyentes.

Así las cosas, en la tercera sección del capítulo mostramos que avanzar de la solidaridad a la equidad requiere analizar comportamientos del financiamiento como *la concentración y privatización* del sistema de salud, lo cual nos indica su inequidad como el resultado de la disminución del gasto público en el gasto total, o un aumento del gasto en salud como porcentaje del PIB, reduciéndose la competencia y aumentando la concentración entre los intermediarios de la salud. Por tanto, el aumento de la privatización del sistema de salud es el resultado de una *débil regulación* por parte del Estado y de un aumento en los incentivos en un mercado no regulado, ocasionando una mayor concentración de la atención en pocos actores (EPS e intermediarios), sin control político ni social.

Entonces, ¿Qué es lo solidario o lo equitativo del sistema de salud colombiano? Si en los últimos 5 años el aumento del gasto social y del PIB para salud ha aumentado hasta situarse en cerca del 10%; sin embargo, la inyección permanente de recursos nos sigue mostrando un escenario de mercado no regulado, el cual no ha logrado que la competencia ni la libre elección mejoren la calidad o la eficiencia del servicio de salud profundizando las injusticias e inequidades en la salud de la población colombiana.

De esta manera, el sistema de salud colombiano nos muestra que, por su dimensión solidaria, es más cercano al modelo Beveridge; que desde el enfoque de pluralismo estructurado tiene unos componentes de dirección, modulación, control, así

como componentes de aseguramiento y de prestación que lo tipifican como un sistema fragmentado y segmentado que es inequitativo y por ello injusto y discriminatorio en su componente de financiación, lo cual ratifica la necesidad urgente de cambio de la concepción de justicia del actual SGSSS.

El análisis del componente financiero nos muestra la primacía de la lógica del mercado y la urgente necesidad de cambiar la concepción de justicia del sistema hacia una perspectiva más rawlsiana-seniana. Podemos ratificar este propósito con lo planteado por González: *“para que la salud sea un bien público, es importante romper la tendencia privatizadora.... mayor regulación inspirada en principios de lo público y de la universalidad, o una recaptura por parte del estado de las instituciones de salud y seguridad social”* (González, 2006: 410).

Capítulo III. Análisis de política pública del sistema de salud colombiano

Si la salud es un bien público, tiene que financiarse con la riqueza de la sociedad.

Esta es la única manera de garantizar la cobertura universal (JIG, 2006:410)

La discusión teórica presentada en los capítulos I y II nos ha permitido reconocer teorías de justicia desde corrientes liberales, comunitaristas, utilitaristas y de prioridad. En la corriente liberal, las teorías perfeccionistas de justicia nos mostraron que “la justicia imparcial aplicada a la salud”, sería considerada como *limpidez máxima*; propuesta en permanente tensión con la idea de justicia de Sen mas cercana a la *razon*. Así las cosas, la justicia social en salud iría más allá de proponer una reparación al estado de salud de todos los individuos, pues, precedida por acuerdos de la sociedad, se prestaría para avanzar en un sistema de salud desde el punto de vista de las instituciones y de la comunidad sobre lo justo en salud.

Vimos en el capítulo II, que la justicia social en salud requiere de acuerdos conceptuales sobre las concepciones de salud y de equidad en salud, así como de ilustrar sobre las transiciones desde el aseguramiento y la solidaridad hacia la equidad del SGSSS, siendo elementos que nos permitieron plantear que las respuestas de la sociedad ante las necesidades en salud de la población colombiana deben generarse tanto desde las instituciones del Estado como desde las realizaciones de las personas, las cuales deberían estar armonizadas con el aprovechamiento de las oportunidades que la sociedad, el Estado y el mercado oferten.

El tercer capítulo de la tesis aspira no sólo recoger los elementos conceptuales relacionados con la justicia social en salud presentados en el capítulo anterior, sino también desarrollar los elementos metodológicos y empíricos de la disertación doctoral, tocando aspectos del análisis de política pública relacionados con la cobertura universal en salud y su relación con la justicia imparcial dentro del sistema de salud colombiano.

El capítulo pretende mostrar y tensionar mas la relacion entre la propuesta perfeccionista de justicia de Rawls, con la idea de justicia de Sen y su modelo de comportamiento basado en la razon , la cual no solo privilegia el principio de igualdad, sino que nos muestra la importancia de las vidas,experiencias y realizaciones humanas que ocurren en sociedades mas o menos justas y reales, por lo cual nos propone la salud como una capacidad y una posibilidad de libertad.

En este sentido, el capítulo se desarrolla en tres (3) secciones. *La primera* versa sobre el principio de igualdad de oportunidades aplicado al SGSSS y se pregunta cuál es el mínimo sanitario decente al cual debería acceder toda la población colombiana. Esta inquietud nos acerca al análisis del sistema sanitario desde un principio de igualdad en sus componentes y procesos, para reconocer desigualdades y diferentes oportunidades que tiene la población colombiana.

Una segunda sección está relacionada con el planteamiento y justificación del análisis de política pública del sistema de salud colombiano, así como con las consideraciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como un problema de justicia.

Finalmente, en *una tercera sección* se relaciona el discurso de la justicia en salud con los diferentes enfoques teóricos presentados en los primeros capítulos, aplicados al análisis de política pública del componente de cobertura universal del actual sistema de salud colombiano.

3.1. La igualdad en escenarios de justicia social en salud

El SGSSS ha sido considerado universalista e igualitario en sus procesos de financiamiento, aseguramiento y atención, lo cual lo sitúa como un sistema de salud fundado en recursos públicos y privados que ingresan al sistema sanitario con el propósito de asegurar a todos los colombianos el acceso en iguales condiciones a las atenciones que oferta el sistema de salud ante iguales necesidades en salud.

Pero, en un escenario donde la diversidad del país y la situación actual de salud de los colombianos no es la que deberíamos tener, ¿Realmente este es el propósito del actual SGSSS? ¿Cómo construir una perspectiva igualitaria y pluralista de la justicia social en salud? ¿Se requiere de una elección plural de principios basados en acuerdos sociales previos y con una transición gradual de los patrones de conducta?

Estos interrogantes apuntan a una concepción de igualdad basada en lograr una condición uniforme y favorable del estado de salud de toda la población colombiana, la cual no se expresa en una realidad donde las manifestaciones de injusticia social surgen desde condiciones diferentes de la existencia humana y legitiman injusticias a través del SGSSS, al cual, desde esta perspectiva, podríamos considerar como una tecnología de poder.

Con el propósito de ser universal e igualitario frente a diversas necesidades en salud de toda la población colombiana, el SGSSS podría acoger desde la corriente liberal una justicia imparcial en salud al reconocer derechos, libertades, diferencias y deberes básicos de todas las personas basado sobre “el principio de igualdad de oportunidades de Rawls reconociendo acuerdos sociales como nos lo propone Sen; Esta postura teórica debería poderse aplicar tanto al sistema sanitario como al usuario que demanda servicios de salud.

En este sentido, nuestra disertación doctoral considera relevante el pensamiento sobre justicia en salud del filósofo político de corte liberal Norman Daniels, quien, desde el pensamiento relacionado con el segundo principio de Rawls relacionado con la igualdad equitativa de oportunidades orienta su teoría de justicia sanitaria.

El problema tiene que ver con las formas de distribuir la riqueza para todos los individuos que se encuentran en diferentes posiciones sociales y económicas. En este sentido, el pensamiento de Daniels es relevante en esta discusión al partir de reconocer la concepción de justicia que nos propuso Rawls como “*un conjunto de principios para elegir entre los arreglos sociales que determinan ese reparto y para suscribir un*

consenso en cuanto a las cuotas distributivas apropiadas” (1967-1968:123), considerando la justicia distributiva como una distribución ponderada, equilibrada y apropiada de bienes y cargas sociales basada en normas que detallan el sentido y fin de la cooperación social.

Al preguntarse *¿Cuál es el mínimo sanitario decente al cual tiene derecho la sociedad?*, Norman Daniels nos propone su teoría de justicia dentro del sistema sanitario, donde la imparcialidad sería un tipo de igualdad que permite a cada individuo tener los mismos derechos a recibir atención en salud. No obstante, este es un escenario que no garantiza una distribución imparcial en el acceso ni en los servicios y menos en el nivel de salud que se pueda alcanzar con las tecnologías e intervenciones a las cuales pueda acceder toda la sociedad colombiana.

La justicia en salud, entonces, tendrá que ver con un derecho de toda la sociedad al bien público salud (Echeverri, 2006: 10), y este mínimo sanitario planteado por Buchanan al decir que *“el estado garantizara un mínimo sanitario capaz de asegurar una vida decente y tolerable”* (1984: 58-9), ha sido ratificado por Daniels, al considerar que el sistema de salud debería responder a las desigualdades e inequidades en el funcionamiento normal del cuerpo, para alejarlo de enfermedades y discapacidad (1985: 80-2); por tanto, desde el principio de igualdad, esta responsabilidad del Estado colombiano a través de la respuesta que desde su sistema sanitario se proponga deberá aplicar tanto a los individuos como a toda la sociedad.

Con los anteriores supuestos, Daniels (1985) propone que la concepción de justicia en un sistema de salud debe ser orientada desde el segundo principio rawlsiano de igualdad equitativa de oportunidades, al concebirse que la atención sanitaria tiene un efecto importante en las oportunidades de los individuos para escoger sus planes de vida y mantener un nivel normal de funcionamiento que les permita gozar de la condición de miembros plenamente cooperantes de la sociedad.

Pero en esta mirada desde la justicia distributiva en salud, vemos que las personas no tienen acceso a toda la atención sanitaria, sino a la parte que el SGSSS define que necesitan. Así las cosas, serían necesarias:

- ✓ Una regla de oportunidad justa, donde todas las personas accedan al sistema en el momento en que lo necesitan
- ✓ Una igualdad de uso y acceso al servicio sanitario, que permita que todas las personas accedan y sean tratadas en las mismas condiciones, sin importar su régimen de afiliación o capacidad de pago
- ✓ Una igualdad de recursos con responsabilidad, que garantice igual atención para todos

Con base en los anteriores planteamientos, la imparcialidad en el acceso a los servicios de salud en nuestro país requiere previamente de acuerdos filosóficos y morales relacionados con justicia distributiva, la cual es variable al estar regulada por el mercado de seguros en salud. Así se podría considerar el acceso a la atención sanitaria como un momento de verdad, el cual estaría al servicio de la dignidad humana de manera que las posibilidades de distribución justa no estén orientadas por el ánimo de lucro.

¿Qué es, entonces, una distribución justa de bienes sociales entre distintos grupos poblacionales, o entre un adulto mayor y un joven? Dado que los grupos de edad no tienen distintos problemas de justicia, sino que todos los grupos de edad tienen el mismo problema de distribución, no podemos resolver el problema sanitario de los grupos de edad apelando a la afiliación filial o con una justicia distributiva para toda la sociedad.

Se debe reconocer, la relación entre cuidado de salud y oportunidades que nos propone Daniels (1988:16-41) como el rasgo característico de su propuesta de configurar una equitativa igualdad de oportunidades.

Si acogemos el pensamiento de Daniels expuesto en *Just Health Care* (2008), la teoría sanitaria relacionada con la justicia estaría relacionada con la obligación del Estado y con la naturaleza de las políticas públicas en salud; por tanto, comprender la justicia en salud requeriría profundizar en abordajes desde los determinantes sociales en salud, que permiten trabajar desde los modos, condiciones y estilos de vida. Desde este escenario de análisis, se pueden proponer preguntas tendientes a:

- ✓ ¿Cómo explicar la importancia moral de la salud?
- ✓ ¿Cuándo se deben considerar injustas las diferencias o las inequidades en salud?
- ✓ ¿Cómo podemos plantear inequidades en salud cuando no podemos responder a ellas?

Las anteriores inquietudes sobre la justicia distributiva en salud tienen que ver con la concepción de salud que se construya y con quién es sujeto de la responsabilidad de la prestación de servicios de salud para mantenerla o mejorarla, así como con las justas oportunidades de intercambio entre trabajadores de la salud y pacientes inmersos en un escenario institucional de sostenibilidad y eficiencia del SGSSS.

Tratar de generar respuestas a las anteriores preguntas requiere trabajar sobre cuatro aspectos fundamentales:

1. Definir qué tipo de bien es la salud, sus relaciones y diferencias con otros bienes
2. Determinar si hay o no obligación de proveer atención sanitaria
3. Definir qué desigualdades de la distribución son moralmente aceptables
4. Definir cuáles límites proveen autonomía y libertades individuales a médicos y pacientes en la justa distribución de los recursos

La evidencia que se pueda construir sobre los anteriores aspectos e inquietudes nos ratifica que la sociedad tiene una gran responsabilidad con la salud de sus

ciudadanos. Aunque la estructura de provisión de servicios no pueda lograr una distribución igualitaria, sí debería responder por los bienes básicos que requieren sus individuos para acometer sus proyectos de vida, o al menos podría ocuparse de indagar sobre el tipo y los niveles de protección sanitaria necesarios para asegurar la igualdad de acceso a las oportunidades de estos individuos. En orden de avanzar en este conocimiento, se proponen un *nivel primario preventivo*, un *segundo nivel reparativo*, un *tercer nivel* para manejo crónico y de la tercera edad y un *cuarto nivel de asistencia* para aquellos que de ninguna manera podrán cumplir con sus aspiraciones y necesidades.

El vínculo entre Rawls, Daniels y Sen estaría en la posibilidad de comprender la justicia desde una corriente liberal, al proponer teorías de justicia con su idea central de imparcialidad desde las instituciones o ideas de justicia desde la razón y desde las capacidades para llegar a acuerdos en bien de toda la sociedad. Esta posibilidad de reconciliar principios de Igualdad y Libertad en el ámbito de la salud, a partir de la tensión entre la teoría perfeccionista de justicia imparcial de Rawls y la idea de justicia de Sen nos podría permitir una comprensión más amplia de la justicia social en salud al interior del SGSSS Colombiano.

3.2 El SGSSS: un problema de justicia

Poder argumentar sobre la problemática de justicia dentro del SGSSS parte de aplicar la disciplina del análisis de política pública al sector sanitario de Colombia, siendo este el abordaje metodológico de la disertación doctoral. Análisis que permita proponer respuestas a las injusticias en salud, donde la concepción, estructura y operación del sistema de salud colombiano son producto de complejos procesos de construcción política y social que varían de acuerdo con las condiciones históricas y culturales particulares de nuestra sociedad.

Queremos comenzar planteando la noción de “*políticas*”, no con referencia a decisiones aisladas sino a una serie de acciones conjuntas relacionadas con una decisión

que afecta a un colectivo; Milio define las políticas como “*directrices para modificar aquello que ocurrirá en caso de que no se intervenga y que se expresan en la asignación y distribución de recursos* (Milio,2001 :622-623)”.

Las políticas son “públicas” al ocuparse de objetos de estudio relacionados con situaciones socialmente problemáticas que afectan al colectivo, por lo cual el *análisis de políticas públicas* nos remite a la distinción y separación de las partes de un todo para conocer sus principios o elementos;que con base en diferentes enfoques e intencionalidad de análisis trata de comprender la realidad de los procesos involucrados en la decisión desde el momento en que el problema es percibido hasta sus consecuencias para todos los actores, y por tanto el análisis de una política pública, según Walt, debe centrarse en “*la manera como los gobiernos la definen, la aplican y en la forma como el poder se ejerce al interior del grupo* (Walt,1994:170-171)”.

Por tanto, las políticas públicas no solamente tienen diversos enfoques e intereses que permiten su construcción sino que a veces no son explícitas, siendo difícil identificarlas o hacerlas tangibles debido a que pueden incluir lo que los gobiernos hacen, dejan de hacer o dicen que harán. Este pensamiento lo ratifica Gómez (2004), al decir que las políticas públicas se han entendido como “*directrices emanadas del Estado, que se imponen al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico, el cual se considera de interés público* (Gómez, 2004:7)”.

Se requiere discriminar entre políticas de salud y políticas saludables, al decir que las *políticas de salud* (PS) se han considerado “*cursos de acción que afectan al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del sistema de atención sanitaria*”, en contraste con lo planteado por Hancock como “*política pública saludable (healthy public policy-PPS)*”, la cual hace referencia a los demás determinantes de la salud y no sólo a las políticas orientadas a generar o mantener sistemas de atención médica.

Con los anteriores supuestos, podemos definir las políticas públicas en salud para esta disertación como posibilidades de respuesta basadas en una concepción de justicia que permita pluralismo en su construcción y aplicación desde la sociedad y el Estado para responder a la deficiente situación de salud que actualmente afecta a toda la sociedad colombiana, permitiendo construir socialmente un estado de salud en sus ciudadanos suficiente para desarrollar proyectos de vida que afecten positivamente su calidad de vida, su salud y su bienestar.

Dentro del espectro de análisis de las políticas públicas, nos interesan las políticas relacionadas con aspectos sociales, donde el objeto son los asuntos públicos como “la salud”, por lo cual la noción de “lo público” se asocia con procesos de elección cuyos efectos e impactos afectan el interés colectivo, y donde *las políticas públicas en salud*, al ser directrices que afectan la vida cotidiana, determinan el rango de actuación que las instituciones y las personas realizan; de esta manera se constituyen en uno de los factores que más afectan el proyecto de vida y bienestar de las personas.

Esta disertación doctoral ha pretendido desarrollar un análisis de política pública del sistema de salud colombiano desde un enfoque cualitativo con perspectiva hermenéutica crítica, teniendo como objetivo general comprender las concepciones de justicia que se instalan en los componentes de financiación, aseguramiento, atención y prestación del actual sistema general de seguridad social en salud, partiendo de la siguiente hipótesis: La salud de los sujetos no solo dependerá de las necesidades y prácticas sociales en salud de toda la población colombiana; sino que su complejidad estará dada por la respuesta del sistema sanitario, la cual depende de los intereses e interpretaciones sobre la justicia en salud por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.2.1 Magnitud del problema

Desde 1986, con el proceso de descentralización política y administrativa del país, el Sistema Nacional de Salud presentó crecientes dificultades de operación y de

articulación, debido a su esquema centralizado en cabeza del Ministerio de Salud y a nivel regional por su cobertura insuficiente, su esquema de beneficencia y sus servicios de baja calidad.

Aunque hay otros factores que deben ser considerados, la crisis estructural del actual SGSSS responde principalmente a una escasa consideración de las posibilidades reales del país para acoger un sistema de salud de aseguramiento y focalización, implantado en un escenario regulado por el mercado de seguros de salud. Herramientas como el subsidio a la demanda, la autorización de servicios, la exigibilidad de copagos, la declaración estatal del estado de salud de los afiliados y las cuotas moderadoras -que se concibieron para la autorregulación del sistema de salud- se transformaron en barreras de acceso. Adicionalmente, los mecanismos compensatorios, como el subsidio a la oferta para la población no asegurada y los recobros de las IPS al Estado por la atención de ésta, han terminado por desequilibrar aún más el sistema.

Los desajustes económicos y estructurales que precipitaron la crisis del sistema de salud son un síntoma de la concepción de justicia que lo inspira, derivada ésta de que los intereses particulares se han servido de las escasas condiciones del país para aplicar un modelo de salud basado en el aseguramiento, como se propuso en los años noventa.

La pretensión de entonces era que el sistema lograría operar en un escenario nacional de pobreza, vulnerabilidad y exclusión de la mayor parte de la población, pero en la actualidad, este desajuste es tan agudo que no sólo absorbe los intentos de reforma del Estado, sino que ha convertido al sistema en inviable: sus posibilidades de operación e impacto no han sido legalizadas por la sociedad ni por los mismos actores del sistema de salud.

La reforma de salud aplicada en Colombia en los años 1990 se inspiró en el modelo de pluralismo estructurado, como lo plantean Frenk y Londoño (1992), pensadores inmersos en la corriente neoliberal, que en ese momento formaban parte del grupo de análisis sobre desempeño de los sistemas de salud de la Organización Mundial

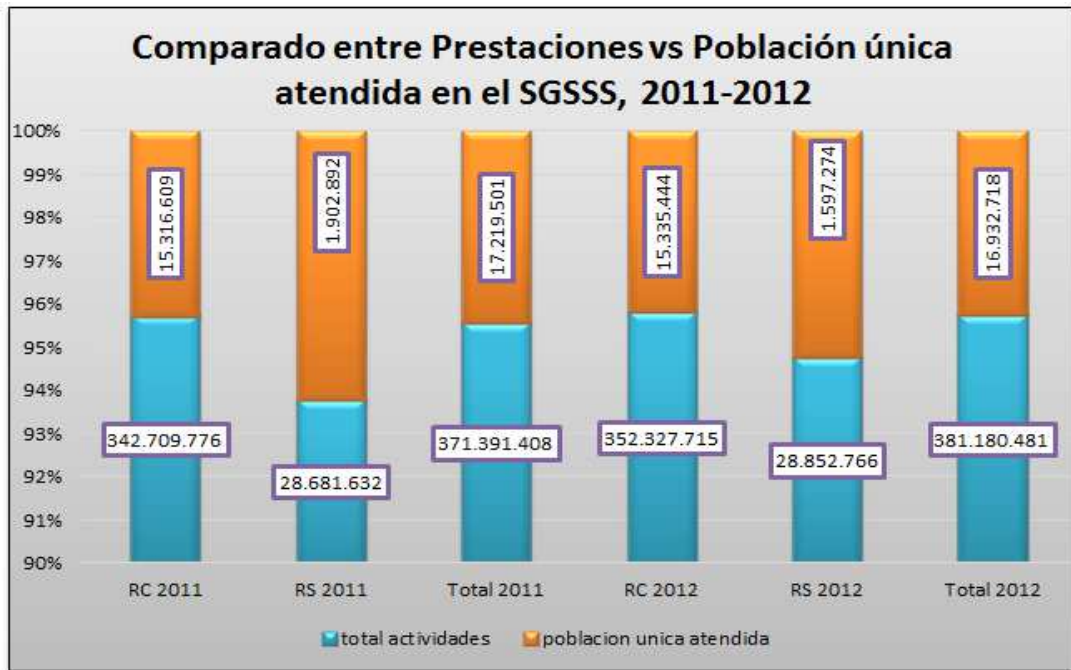
de Salud (OMS) y del proyecto “*Informe sobre la salud en el mundo 2000*”. La propuesta del modelo colombiano se concibió como un punto medio entre dos pretensiones polares: un *modelo público unificado*, en el cual el Estado financia y suministra directamente los servicios a través de un sistema único integrado verticalmente, pero donde los usuarios no tienen posibilidad de elegir. El otro extremo es el *modelo privado atomizado*, financiado con gasto del bolsillo de los consumidores o con múltiples seguros de salud que reembolsan a las instituciones prestadoras de servicios de salud. En este esquema, además de que no existe una integración vertical, se genera una asimetría de la información entre el usuario y el prestador.

Después de 22 años de haber sido implementado, el modelo de salud colombiano muestra algún impacto en cuanto al incremento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad infantil y el aumento en los datos de cobertura. No obstante, los indicadores en que se basan estos resultados corresponden a los grupos poblacionales que logran acceder a la atención. Así las cosas, se requiere un sistema de aseguramiento que permita una cobertura universal efectiva y reducir las barreras para el acceso real a servicios de salud de calidad. Esto representaría una mejora concreta del nivel de salud de todos los colombianos.

Al analizar la evidencia sobre el comportamiento del modelo de atención, en la prestación de servicios a la población vinculada, a los afiliados al régimen contributivo, el subsidiado y los regímenes especiales, se encuentra que la atención prestada en los distintos ámbitos (ambulatorio, hospitalario, de urgencias y domiciliario) es insuficiente para resolver las necesidades sociales en salud de toda la población afiliada al SGSSS.

Durante su operación se ha evidenciado que la mayoría de la población que se afilia al sistema no logra tener acceso a los servicios ofertados por el modelo de atención, debido a las barreras que impone el sistema, lo cual genera pocas posibilidades de resolución frente a las necesidades sociales en salud de quienes logran acceder a una atención sanitaria integral. Este comportamiento lo podemos ver en el siguiente análisis comparado de las atenciones durante el periodo 2011-2012.

Gráfico 3.2.a. Caracterización de prestaciones y población atendida 2011-2012



F

Fuente: BDUA y base de suficiencia, Ministerio salud y protección social. SISPRO.

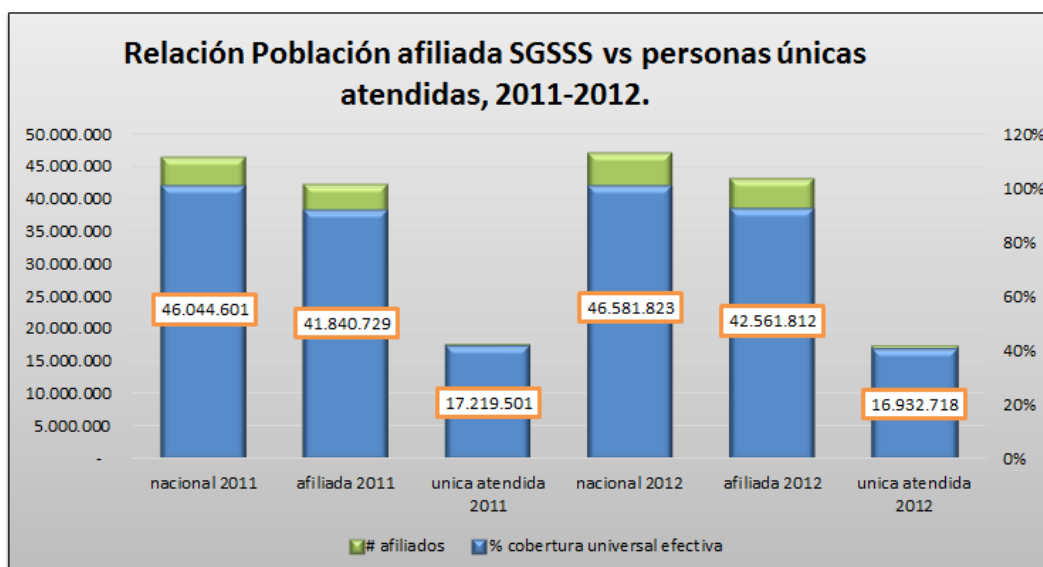
Elaborado por el autor

En el gráfico 3.2-a, se observa la información del régimen contributivo y subsidiado reportada por las EPS al Ministerio de Salud y Protección Social. Durante el periodo 2011 se realizaron 371.391.408 atenciones a la población asegurada en los regímenes contributivo (92% de las atenciones) y subsidiado (8% de las atenciones); mientras que para el periodo 2012 se realizaron 381.180.481 atenciones a la población asegurada, manteniéndose igual distribución en los regímenes contributivo (92% de las atenciones) y subsidiado (8% de las atenciones).

Dicha información nos permite analizar el comportamiento de la prestación y de las atenciones recibidas en relación con procedimientos y medicamentos, evidenciándose durante el 2011 que una persona atendida tuvo 3,4 atenciones durante el año, mientras que durante el 2012 esta relación aumentó a 3,5 atenciones por cada persona que solicitó servicios de salud. Las atenciones recibidas durante el año 2012

aumentaron 2,64% en relación con las recibidas en el año 2011, mientras la población atendida durante el año 2012 disminuyó en 1,67% (véase gráfico 3.2- a), lo cual nos interroga sobre la persistencia de barreras para acceder a la población afiliada y no afiliada al SGSSS.

Gráfico 3.2.b. Relación entre población afiliada al SGSSS y población única atendida, 2011-2012



Fuente: BDU y base suficiencia, Ministerio salud y protección social. SISPRO.
Elaborado por el autor

La depuración y crítica de la información relacionada con las prestaciones y tecnologías utilizadas durante el período 2011-2012 nos permite identificar no solamente el avance de la población afiliada, sino que las prestaciones realizadas no cubren al 100% de la población afiliada (42.818.934 que corresponden al 90,87%) y no afiliada (4.302.155 personas que corresponden al 9,13% del total de la población colombiana del 2013 no afiliada al SGSSS) que demanda servicios de salud.

Dicho comportamiento nos muestra que, si bien la cobertura potencial se ha aumentado durante el 2011 hasta el 90,87% de la población colombiana del 2011 (fuente

DANE), su progresión hasta alcanzar el 91,37% para el año 2012, nos muestra que la concentración de servicios en la población única atendida es mayor. Esto evidencia que las barreras de acceso se mantienen, provocando que solamente un 41% (17.219.501 afiliados con cobertura universal efectiva) de la población afiliada para el año 2011 (41.840.729) que solicitó un servicio de salud haya logrado atención en salud.

Un comportamiento similar se observa para el 2012, donde solamente un 40% (16.932.718 afiliados con cobertura universal efectiva) de la población afiliada para el año 2012 (42.561.812) que solicitó un servicio de salud logró una atención en salud, lo cual ratifica un enfoque de justicia basado más en la utilidad, la prioridad y el interés de los actores que dirigen las prestaciones, atenciones y tecnologías en salud, y menos en responder a las necesidades en salud de la población que logra acceder al servicio (véase gráfico 3.2-b).

Los análisis realizados nos muestran que antes de la ley 100 de 1993, solamente el 23% de la población contaba con una afiliación al Sistema Nacional de Salud donde la Caja Nacional de Previsión atendía trabajadores públicos, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales atendía trabajadores del sector privado y el Ministerio de Salud respondía por el servicio de salud para el resto de la población; las atenciones se centraban en las ofertas de programas Materno perinatal, Vacunación, Enfermedades de transmisión sexual y enfermedades crónicas, así como programas focalizados de Salud pública, los cuales no llegaban a toda la población.

Con la aparición de la ley 100 del 1993 se aumentó en cerca de 65% la oferta de instituciones y servicios de salud donde la totalidad de la población cubierta para el 2013 corresponde a 42.818.934 (90,87%), con una disminución de la población vinculada hasta 4.302.155 (9,13%), por lo cual se ha logrado una cobertura potencial cercana al 92% en ambos regímenes durante el periodo 1993-2013. (ver punto 3.3.4)

Así las cosas, el balance actual del SGSSS indica que se ha avanzado coyunturalmente en términos de afiliación con base en información oficial que no

evidencia el problema del aseguramiento hacia una cobertura universal efectiva. Las cifras oficiales nos muestran que solamente el 41% de la población afiliada que demanda un servicio de salud sea atendida, lo cual nos ratifica que cerca de 29.565.326 de colombianos (62,74%) que pueden estar afiliados o vinculados no acceden efectivamente a los servicios de salud que oferta el SGSSS.

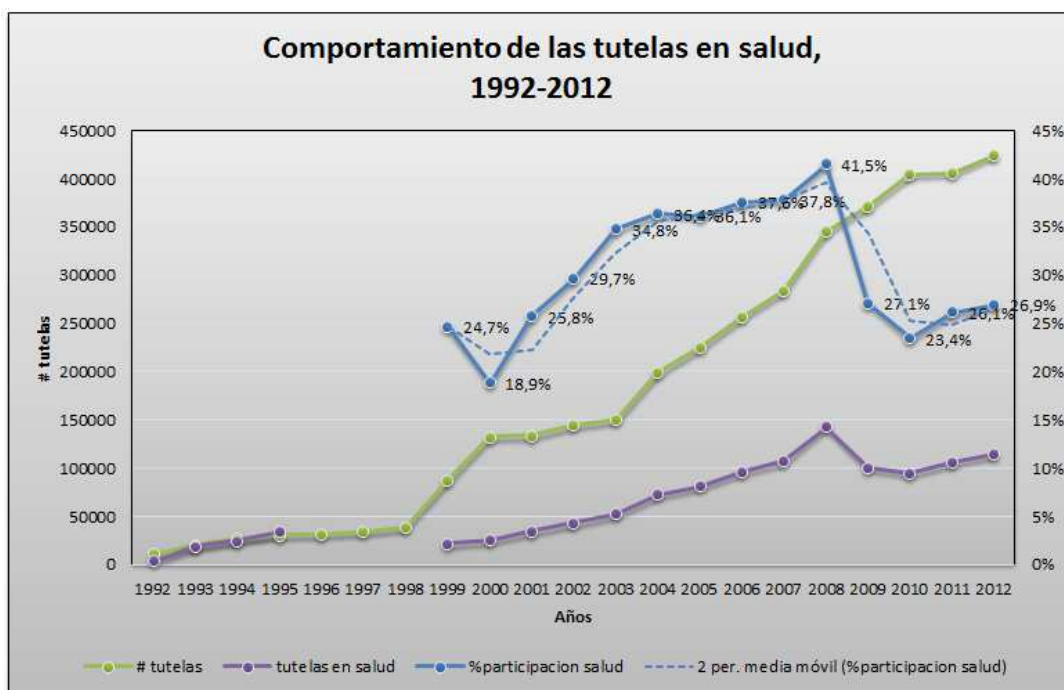
Durante el periodo de analisis, la relacion entre la oferta de instituciones y servicios de salud en relacion con la demanda de servicios de salud de la poblacion colombiana nos muestra la persistencia de barreras de acceso para la atencion, las cuales nos permiten decir que de cada 10 personas que solicitan un servicio de salud, solamente se oferta y se realiza una atencion efectiva a cuatro(4) personas, lo cual provoca que seis(6) colombianos no puedan solucionar la totalidad de sus necesidades sociales en salud.

El problema de nuestro sistema de salud se ahonda no sólo por las deficiencias de financiación y aseguramiento, sino porque el análisis del comportamiento actual - comparando atenciones únicas a usuarios únicos afiliados durante los años 2011 y 2012- nos ratifica también la fragilidad del modelo de prestación y atención. Persisten barreras geográficas, económicas y sociales que se perpetúan al confrontar las débiles capacidades de pago de la mayoría de la población colombiana (véase gráfico 3.2.a y 3.2.b).

Las posibilidades y necesidades de cambio del modelo de salud son evidentes y urgentes, y se refuerzan ante el fracaso de múltiples iniciativas de ajuste del modelo de atención y prestación de la ley 100, como la ley 1122 del 2007 que no logró la autosostenibilidad del sistema, pues mantuvo los regímenes de contribución modificando solamente los de prestación de servicios. Otros esfuerzos legislativos nos ratifican el problema (véase gráfico 3.2-c), como la sentencia T-760 del 2008, la cual nos muestra un aumento cercano al 500% en la demanda de servicios de salud por medio de la tutela (21.301 en 1999 a 114.313 en 2012), comportamiento que nos indica

que el 26,93% del total de tutelas presentadas durante el 2012 (424.400) son por servicios de salud y de estas el 70,93% es por servicios incluidos en el POS.

Gráfico 3.2.c. Comportamiento de tutelas en salud, 1992-2012



Fuente: Corte Constitucional; Informe Defensoría del Pueblo, 2011-2012:110.
Elaborado por el autor

Otras iniciativas de ajuste del sistema de salud, como la ley 1438 del 2011 y la declaración de emergencia social del 2009, han sido esfuerzos sin claridad técnica y más con un ánimo de evidenciar gestión sectorial y quehacer diario. Su poca factibilidad técnica ha sido demostrada en los diversos análisis académicos de la reforma, los cuales revelan un precario enfoque sobre los problemas estructurales de la ley 100. Existe, por tanto, la necesidad urgente de generar nuevo conocimiento relacionado con las concepciones de justicia en salud que privilegia el actual sistema sanitario del país, lo cual aportaría a la construcción de una verdadera reforma estructural del Sistema de Salud para el país.

Si consideramos que la justicia imparcial debería orientar la construcción de la protección social en salud de los sujetos para su reconocimiento e inserción en la sociedad, nos asiste, entonces, la pregunta por las concepciones de justicia que orientan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y que se instalan en sus procesos centrales de financiación, aseguramiento, atención y prestación.

La magnitud y formulación de la problemática presentada, junto con su pregunta central y posible hipótesis, nos permiten avanzar en el análisis de política pública de uno de los componentes principales del sistema de salud colombiano: el aseguramiento y su propósito de lograr cobertura universal en salud. Dicho análisis se desarrolla en el siguiente apartado.

3.3 Análisis cobertura universal en salud (CUS)

Henry Sidgwick (1907) enunció su exigencia de cobertura universal: “que lo que sea justo para mí sea justo para todas las personas en circunstancias similares”.

3.3.1 La concepción de justicia en la CUS

Mientras que la justicia imparcial nos podría brindar libertad de elección para escoger quién nos atiende, así como poder ser atendido sin discriminación y con posibilidad de tener el mismo resultado si tenemos la misma necesidad en salud. Amartya Sen, en su libro *Nuevo examen de la desigualdad* (2004), nos plantea que cada teoría normativa de la justicia social nos exige igualdad de algo (igual libertad, igual ingreso, igual trato, o igual utilidad para todos); lo cual requeriría ser planteado en el escenario de la salud, como ¿Igualdad de qué?

La exigencia de Igual libertad, es un principio que no sólo plantea Rawls como un elemento de su paquete de bienes primarios, sino que identifica su primer principio de igualdad de oportunidades. Aplicada a la salud, esta dimensión no sólo nos permite libertad de elección para escoger diversas respuestas institucionales y sociales a nuestras

necesidades de salud, consideradas preferencias que una persona o un grupo social puede hacer efectiva.

Es el caso de un equipo médico de urgencia ante el estado de salud de una persona herida e inconsciente, donde los integrantes del equipo medico podrían escoger y tomar decisiones que estarían en la misma exigencia de la libertad y poder efectivo del paciente, si este pudiera tomar su decisión.

Así el Igualitarismo, al plantearse como “la doctrina por la cual es deseable que todos tengan la misma cantidad de ingreso y de riqueza (Ribotta, 2010:1)” es considerado un principio de justicia social en salud, permitiendo que todos podamos demandar igual acceso e igual trato en salud ante igual necesidad. Esta dimensión económica de la igualdad se constituye en un argumento en las batallas de distribución de salud, donde el motivo de discusión pasaría de ¿por qué igualdad en salud para todos? a ¿Igualdad en salud de qué tipo? para toda la sociedad colombiana.

Desde la idea de justicia de Sen , otra dimensión de la igualdad para aplicar en el escenario de la salud tendría que ver con la *igualdad de capacidades*, donde la salud como capacidad debe desarrollarse para alcanzar mayor libertad. Sin embargo, la capacidad esta más relacionada con las oportunidades y no prestaría atención a la imparcialidad implicada en los procedimientos de aseguramiento y atención para constituir un resultado justo, que sería la cobertura universal efectiva como representación de la justicia en salud.

Podemos ilustrar lo anterior con el siguiente ejemplo: Las mujeres tienden a vivir más tiempo que los hombres y presentan tasas de mortalidad general más bajas en cada grupo de edad; comportamiento basado en diferentes oportunidades, capacidades o estados de salud que desarrolla o aprovecha cada genero. Por ello, si damos mejor atención médica a los hombres atenderíamos contra lo justo del procedimiento, y garantiza un resultado que se interpretaría como lo justo en salud y no se obtendría un resultado igualitario para hombres y mujeres sino sesgado y favorecedor a la prioridad

del género masculino con una menor mortalidad para los hombres y en consecuencia no tendríamos una representación la justicia sanitaria.

Evidenciar la concepción de justicia que presenta el actual sistema de salud colombiano también requiere explicitar lo justo del proceso representado en el aseguramiento y en el acceso a servicios, para llegar a unos resultados e impactos en salud que serían la cobertura universal efectiva como expresión de justicia en salud. Con estos supuestos pretendemos analizar a continuación *el componente de cobertura universal en salud*, observando aspectos relacionados con el contexto de protección y seguridad social en salud, sus definiciones, dimensiones y su comportamiento en Colombia y poder discutir posibilidades reales de llegar a una cobertura universal efectiva en salud para toda la población colombiana.

3.3.2 Contexto de protección y seguridad social en salud

Para el análisis de política pública del SGSSS colombiano en su componente de cobertura universal en salud, en primer lugar es necesario reconocer el contexto histórico de la protección y seguridad social en salud, pues “*los sistemas integrales de protección debían ser universales en su cobertura, solidarios en su financiamiento e igualitarios en las garantías que establecen para sus ciudadanos*” (véase apartado 2.3).

Las políticas sociales, en especial las que se relacionan con la salud, deberían orientarse desde principios de *justicia imparcial, equidad distributiva e igualdad en sus componentes y procesos*, así como combinar principios complementarios como los que nos propone la CEPAL (2011:13), en su postura sobre protección social en América Latina y del Caribe (ALC), desde la cual la focalización se considera como instrumento y la universalización como fin.

El contexto histórico de la cobertura universal en salud en ALC nos muestra que desde los años ochenta se iniciaron programas focalizados en salud para población vulnerable, así como la puesta en marcha de reformas en salud de los noventa en la

mayoría de países como Colombia, ocasionando un cambio en el patrón de prestación de servicios financiados con sustitución del subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, con el ánimo de convertirse en un paso hacia la cobertura universal en salud.

Con este propósito, la cobertura universal en salud ha tenido diferentes características: *En países integrados*, la población excluida comprendía adultos mayores, enfermos crónicos e inmigrantes; las políticas y estrategias para aumentar la cobertura universal estaban orientadas a mejorar la calidad de la prestación focalizando grupos vulnerables. *En países mixtos* como Colombia, dichas políticas dependían de los mecanismos de asignación y distribución de recursos, así como de coordinación y articulación entre los subsectores públicos y privados.

En Colombia las características del modelo de competencia gerenciada, en su propósito de aumentar la cobertura, reconoce la financiación pública y la provisión privada en el régimen contributivo, así como la financiación y provisión mixta (pública y privada) en el régimen subsidiado. *En países con seguro de salud unificado*, como Brasil, la financiación se planteó como pública con provisión mixta y con tendencia de unificar progresivamente en una entidad pública la meta de cobertura universal.

Sin importar el tipo de país y sus características relacionadas con la CUS, el principio de la *universalidad* puede abordarse desde el cuidado como un derecho universal con la obligatoriedad de la protección y ampliación de la red sanitaria para todos los ciudadanos, o desde la igualdad de oportunidades para acceder a iguales respuestas en salud ante iguales afectaciones de la salud. De esta manera *la afiliación* y *el aseguramiento* son sinónimos, mientras que *la cobertura* se refiere al número de personas que estando afiliados o no reciben servicios de salud, y *el acceso* se determina por el uso efectivo de los servicios de salud que son requeridos por toda la población.

En el periodo de los noventa, se presentaron reformas constitucionales con propuestas de sistemas de políticas sociales que afectarían positivamente la cohesión social al incorporar en la carta de derechos, la salud como un derecho fundamental -caso

Colombia con su Constitución de 1991- donde el envejecimiento de la población, la inseguridad económica, el crecimiento de la pobreza, el desempleo, el debilitamiento y la reducción del rol del Estado como órgano rector de políticas sociales configuraron el contexto que ocasionó una mayor desigualdad social, requiriendo un mayor gasto social para aumentar la CUS.

El contexto de análisis de la CUS nos permite plantear que las crisis económicas, la globalización, los intereses particulares y las profundas desigualdades sociales e inequidades en salud que existen en el país se han constituido en el escenario donde cerca de 29 millones de personas no tienen acceso efectivo a servicios de salud⁵ (véase en el apartado 3.2 la magnitud del problema), y que sólo la mitad de las personas que habitan el área rural tienen cobertura en salud a pesar de que la mayoría de la población colombiana está afiliada al SGSSS, requiriéndose un mayor compromiso político para su solución (véase gráfico 3.2-b).

En Colombia existen grandes disparidades entre la cobertura teórica y la cobertura real en salud, lo cual se debe a la organización y otras características “endógenas” del sistema de salud (modelos de atención, correlación con el tipo de cobertura que brindan) así como a características “exógenas” de carácter político (crisis del estado benefactor, inestabilidad política, intereses políticos), macroeconómico (pobreza, desempleo, distribución desigual del ingreso), social (diferencia de sexo, edad), epidemiológico (comportamientos de la enfermedad) y cultural (diferencias étnicas, analfabetismo). Por tanto, para reconocer y discriminar las características de la CUS, se requiere de una serie de definiciones y dimensiones que trataremos a continuación.

⁵ Acceso efectivo, entendido como la resolución del total de sus necesidades en salud.

3.3.3 La Cobertura Universal en salud (CUS): definiciones y dimensiones

Del anterior análisis del contexto, se desprende que no existe en otro país un programa de CUS que pueda implantarse en Colombia, dada su diversidad y particularidad. Lo recomendable sería un avance escalonado donde la cobertura universal en salud, bajo los principios de equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación social, pueda irse alcanzando inicialmente en poblaciones vulnerables y gradualmente cubra a toda la población.

Por tanto, la cobertura universal efectiva en salud es un concepto que involucra aspectos como:

- Todos los ciudadanos deben tener acceso a servicios del sistema de salud, con disponibilidad de iguales servicios médicos para todos
- Diferente acceso a personal y servicios de salud de calidad de acuerdo a sus diversas necesidades de salud
- La utilización o la cobertura universal efectiva es un reflejo de la disponibilidad y acceso de los servicios de salud
- Diferentes respuestas contra riesgos en salud y contra las consecuencias financieras de enfermedad y daño

La cobertura universal en Colombia, entonces, significa cobertura para todos, pero no cobertura para todas las intervenciones, e implica equidad en el financiamiento (contribuir de acuerdo a capacidad de pago) y protección financiera del riesgo (la atención en salud no debe representar gastos catastróficos ni empobrecedores); por lo cual acogemos en la disertación doctoral la definición de CUS como “situación *en la cual todos los individuos, en el momento en que lo necesitan, tiene acceso a servicios de salud integrales (Promoción, prevención, tratamientos y rehabilitación), adaptados a un costo abordable, lo que permite un acceso equitativo y una protección contra el riesgo financiero* (OMS, 2010)”.

Hablar de cobertura no sólo significa estar afiliado; implica poder acceder a servicios. En este sentido, la cobertura universal tendría tres (3) dimensiones relacionadas con:

1 ¿Quién se enrola? *La amplitud* o cobertura horizontal, referida a la proporción de la población cubierta

2 ¿A cuáles servicios logra ingresar? *La profundidad* de la cobertura, que incluye el paquete de servicios de salud proporcionados

3 ¿Cuál es el nivel de cobertura? Es decir, cuál es *la proporción de costos directos* de la atención que cubre el seguro

Con lo expuesto en este punto, llegar a la cobertura universal es un proceso que requiere de una sucesión de pasos, la cual parte de la cobertura legal (primer paso) para todas las personas; continúa con *el acceso regular a un paquete de servicios para todos* (segundo paso). En un tercer paso se configura la cobertura real, *la cobertura universal efectiva*, que garantiza a todos la máxima obtención de resultados en salud a partir de un acceso real a un paquete de servicios de alta calidad sobre una base equitativa, que no generen shocks financieros ni un mayor gasto de bolsillo.

La justicia en el SGSSS, instalada en su componente de aseguramiento para generar el resultado de cobertura universal efectiva en salud para toda la sociedad colombiana, puede analizarse desde el modelo de Tanahashi (1978). El cual se define como la proporción de población que recibe atención eficaz, donde el rendimiento del servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado satisfactorio, y nos permite analizar la equidad en el acceso al sistema sanitario. El modelo aplica a la población que tiene contacto con el sistema de salud y permite identificar grupos específicos, barreras y facilitadores particulares para el logro de la cobertura efectiva.

La cobertura universal efectiva en salud de una población con necesidades de salud diferenciales, que hacen contacto con la provisión de servicios, se configura en cinco niveles:

1. *Disponibilidad*, personas para los cuales los servicios se encuentran disponibles;
2. *Accesibilidad*, personas que pueden utilizar los servicios;
3. *Aceptabilidad*, personas que desean utilizar los servicios;
4. *Contacto*, personas que utilizan los servicios;
5. *Cobertura efectiva*, personas que reciben atención efectiva.

La cobertura universal efectiva se ha considerado un objetivo intermedio del sistema de salud, que sintetiza e integra la información sobre el acceso de la población a los servicios de salud requeridos con la medición de calidad de los mismos. La cobertura será efectiva si se aplica tanto a la población afiliada al sistema como a la que no lo está (en Colombia, población vinculada). Su medición nos permite conocer “la fracción de ganancia potencial en salud que un sistema de salud puede aportar a través de una intervención disponible (Carrasquilla, 2011:79)” (cobertura cruda ajustada por calidad) y se relaciona con: 1. la cobertura de las acciones en salud; 2. el acceso a los servicios; 3. la utilización de atención efectiva.

La cobertura universal efectiva, entonces, expresa “*la extensión de la interacción entre el servicio y la gente que lo solicita* (Tanahashi, 1978:295-303)”, esta interacción no está siendo limitada por ningún aspecto particular de provisión de servicio y está constituida por:

- Cobertura potencial, conformada por: disponibilidad de cobertura, accesibilidad de cobertura, aceptabilidad de cobertura
- Cobertura actual, conformada por: contacto de cobertura, efectividad de cobertura

Las anteriores definiciones y dimensiones sobre la cobertura universal efectiva en salud nos permiten analizar en el siguiente punto su comportamiento en el país.

3.3.4 Comportamiento de la CUS en Colombia

La protección social en Colombia se ha basado en la asistencia y acceso a la promoción, así como en tratar de garantizar ciudadanía. Estos esfuerzos, si bien privilegian sus acciones sobre la pobreza extrema, permiten avanzar en la universalidad de políticas sociales como la de salud para incorporar a segmentos poblacionales tradicionalmente excluidos al SGSSS (DNP, 2007:129).

El enfoque de derechos en protección social en salud y garantías sociales explícitas en Colombia consagra en la Constitución de 1991 un régimen privado orientado a las personas con capacidad de pago y un régimen público de aseguramiento, que es el régimen subsidiado, donde personas sin capacidad de pago tendrían el acceso gratuito a los servicios de salud y se resguardarían los derechos a la seguridad y asistencia social. Pero, de acuerdo con los análisis del sistema de salud colombiano, persisten brechas significativas entre los distintos grupos de beneficiarios (Mesa-Lago, 2009), ya sea que estén o no en capacidad de pagar por los servicios de salud que demanden.

En Colombia, la CUS está enmarcada por *la política social en salud*, una política sectorial originada y orientada desde el Estado. Desde su diseño hasta la evaluación de sus estrategias y actividades, está encaminada a generar resultados e impactos en salud para afectar directamente el bienestar de la población, las instituciones y sus relaciones, como serían la operación de los servicios de salud para mejorar la calidad de vida de la población en un territorio particular.

Desde el principio de igualdad, las políticas sociales reconocen beneficios sociales precarios más que derechos fundamentales, otorgándole a la administración del Estado un amplio margen de *discrecionalidad, manipulación y arbitrariedad* en sus

decisiones para responder a la situación de injusticia en salud de la sociedad colombiana relacionada con el grado de resolución del motivo de consulta, la atención de urgencias o responder a las necesidades sociales en salud de toda la sociedad.

En este sentido, la cobertura universal se constituye en un principio difícil de lograr, dada la dualidad de la protección social en salud del SGSSS: por una parte, un esquema de responsabilidad exclusivamente pública para pobres y vulnerables sin acceso al mercado formal de empleo; por otra, un esquema para población con diversidad en su capacidad de pago y con empleo formal.

La actual situación de protección social en salud nos muestra la urgencia de definir con mayor especificidad la función de la protección social contributiva y los ámbitos de la protección, como el aseguramiento de la cobertura, el acceso y la cobertura efectiva, lo anterior debido a que el aseguramiento o la afiliación como estrategia para garantizar la protección sanitaria para toda la población colombiana es insuficiente.

En este sentido, tanto el asegurado como el *no asegurado* deben tener la posibilidad de resolución de su problema de salud; Para avanzar hacia la cobertura universal efectiva en salud, el *acceso* ha de ser considerado como un medio y no como un fin en sí. Según Frenk (1985), el acceso, además de significar necesidad y deseo de atención, atañe a la capacidad de las personas para buscar y obtener atención en salud. Aquí el seguro hace parte de la dotación para demandar servicios de salud; es decir, existe un *acceso potencial* (Aday y Andersen, 1974), que debe avanzar hacia un *acceso real* como utilización de servicios.

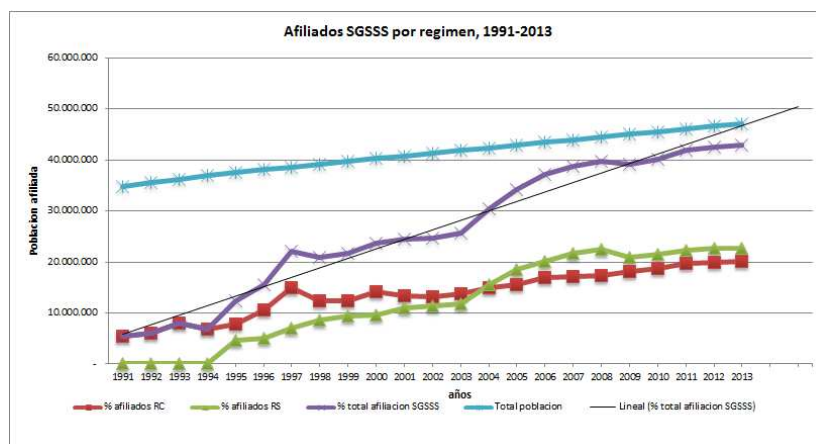
¿Qué tan efectivo ha sido el aseguramiento para alcanzar la cobertura universal? En la experiencia colombiana, existen pocas evidencias que demuestren las bondades del aseguramiento en la utilización de servicios (véase gráficos 3.2.a y 3.2.b), o los efectos del aseguramiento para reducir barreras de acceso, consideradas desde los

principios de igualdad o universalidad. A continuación analizaremos el componente de aseguramiento y su propósito de cobertura del SGSSS desde un enfoque de justicia.

Analisis a desarrollar a partir de la siguiente hipotesis de trabajo: El comportamiento del aseguramiento durante los ultimos 22 años, solamente ha permitido una cobertura potencial con pocos avances hacia una cobertura universal efectiva para toda la poblacion colombiana.

En los siguientes gráficos, se aprecia información disponible sobre el componente de aseguramiento del SGSSS en cuatro series. En la primera, se recoge el comportamiento de afiliación por régimen durante el periodo 1990-2013, con el ánimo de mostrar las tendencias antes y después de la puesta en marcha del SGSSS (véase gráfico 3.3.a). La segunda serie muestra el comportamiento de la población total y afiliada al sistema de salud durante el periodo 1993-2009, y exhibe la tendencia al ascenso en el aseguramiento como efecto de la implementación del modelo de seguridad social en salud (véase gráfico 3.3.b.). En la tercera serie, que corresponde al periodo 2000-2013, se muestra el comportamiento de la población afiliada al SGSSS en su momento de implementación (véase gráfico 3.3.c.). Por último una serie con el porcentaje de afiliación durante el periodo 2000-2013 (véase gráfico 3.3-d).

Gráfico 3.3.a. Comportamiento de la cobertura universal por régimen, 1990-2013

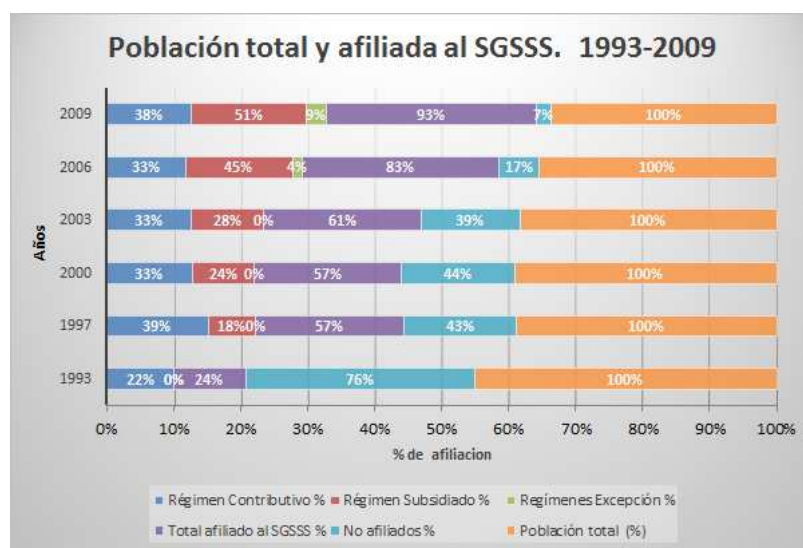


Fuente: Elaboración propia a partir de BDU y SISPRO, Min protección social. Fedesalud. Dane.

El análisis por régimen de aseguramiento en salud de los últimos 22 años muestra que las coberturas de la seguridad social anteriores a la reforma de 1991 oscilaban entre 23% y 28%. La ley 100 produjo un aumento global de la cobertura, pasando de 23,7% en 1993 a 61,8% en 2003. Son reconocibles en este periodo dos fases diferenciadas: la primera, de 1993 a 1997, muestra una expansión del régimen contributivo de 7, 9 a 13,5 millones de afiliados. La segunda fase, de 1997 a 2003, exhibe un crecimiento sostenido del régimen subsidiado, que pasa de 7,9 a 10 millones de afiliados. Para el 2006, la cobertura por régimen es del 46% en el subsidiado y del 40% en el contributivo; por su parte, el lapso de 2003 a 2009 se caracteriza por un crecimiento en estos dos regímenes y una reducción de los regímenes especiales, llegando a finales del 2009 a 86,8%.

La cobertura de afiliación tiene una tendencia ascendente, y para el 2013, se cuenta con una población nacional de 47.121.089 (fuente DANE), que nos muestra 42.818.934 personas afiliadas al SGSSS, distribuidas en 22.669.956 afiliadas al régimen subsidiado y 20.148.978 afiliadas al régimen contributivo; teniendo 4.302.155 personas vinculadas (9,12%) que no se encuentran afiliadas al actual sistema de salud colombiano.

Gráfico 3.3.b. Comportamiento de la cobertura universal en salud, 1993-2009



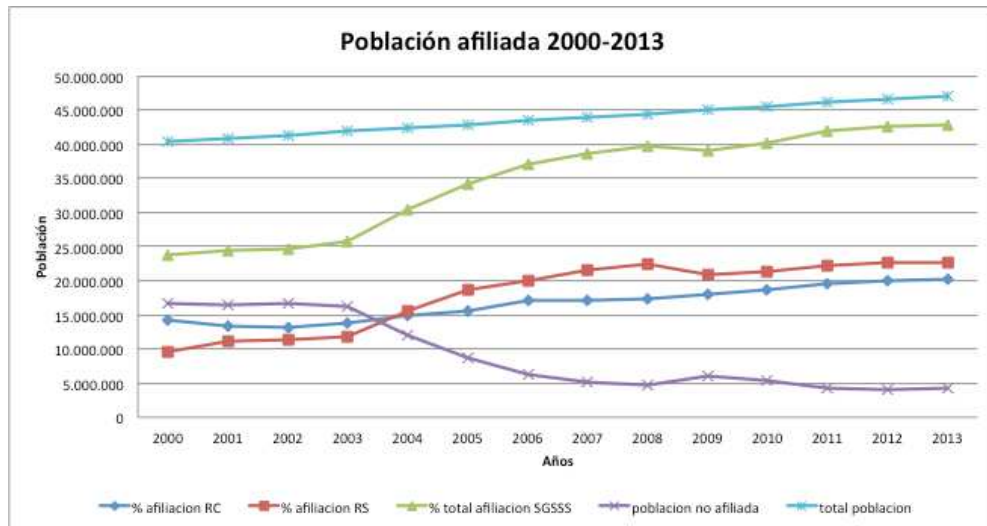
Fuente: BDUA, MSPS, SISPRO-DANE. Elaborado por el autor

La implementación de la ley 100, a comienzos de los años 90, produjo un aumento automático en la cobertura en salud. En la grafica 3.3.b se observa que de un 23% de afiliados en el Sistema Nacional de Salud se pasó casi al 50% en 1997 con el nuevo SGSSS con un incremento del número de beneficiarios en relación con los cotizantes. En el año 1993 se contaban con una población nacional de 36.208.244 personas, la cual con una tendencia creciente de su afiliación nos muestra para el año 1997, un 38,9% de afiliados al régimen contributivo y un 18,2% de afiliados en el régimen subsidiado.

Gracias a la aplicación del decreto 2491, en 1995 comenzó a operar el régimen subsidiado. Dicha normativa autorizó a las direcciones departamentales y distritales de salud para ejercer las funciones de administración del régimen de subsidios; no obstante, las entidades promotoras de salud sólo entraron a operar en 1996, pues, aunque el diseño del sistema general contemplaba la cobertura universal en salud, los entes regionales no tenían la capacidad para hacerla realidad.

El comportamiento de la afiliación nos muestra para el 2009, con una población nacional cercana a 44.977.758 personas un 37,8% de afiliados al régimen contributivo, 51,1% de afiliados en el régimen subsidiado y 8,7% en régimen especial. No obstante, el periodo inicial de aplicación del nuevo sistema se caracterizó también por un bajo crecimiento del empleo formal frente a una informalidad del mercado laboral que rondaba el 50%, lo cual afectó el comportamiento de la cobertura.

Gráfico 3.3.c. Comportamiento de la población afiliada, 2000-2013



Fuente: BDUA, MSPS, SISPRO-DANE. Elaborado por el autor

En el año 2000, el total de la población del país era de 40.295.563. El 35,23% de ellos, unas 14.196.127 personas, estaba cubierto por el régimen contributivo, y otros 9.513.782 (23,61%) eran parte del régimen subsidiado. El total de afiliados del SGSSS era de 23.709.909 personas (58,84%), mientras el 41,16% de la población nacional no se encontraba afiliada. Estas 16.585.654 personas se consideraban dentro del sistema en calidad de *vinculadas*.

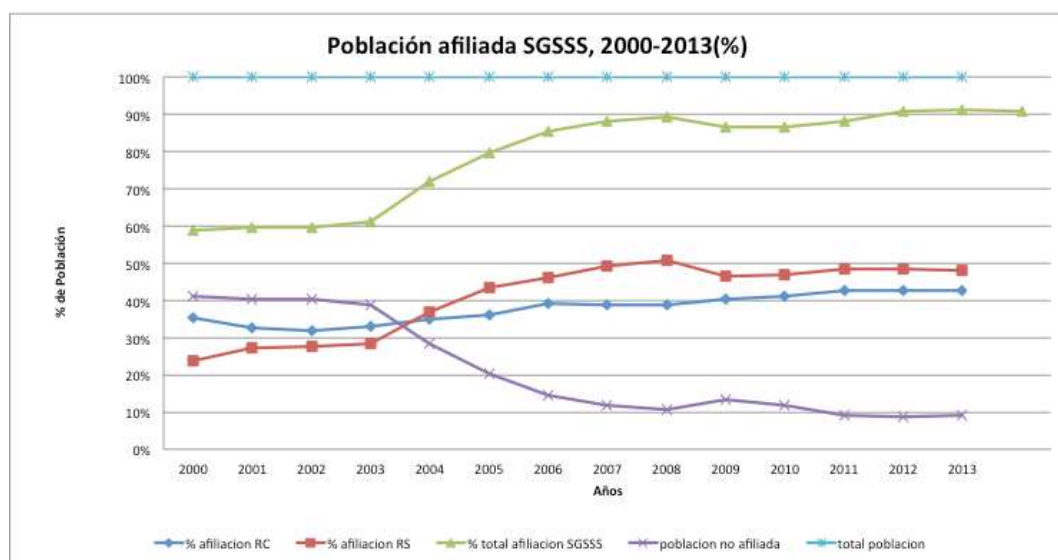
Entre los años 2000 y 2013 la tendencia de la afiliación fue al aumento. Así, al final del periodo, de una población total calculada en 47.121.089 personas, el 42,76% estaba afiliado al régimen contributivo (20.148.978 personas) y el 48,11% se encontraba en el régimen subsidiado (22.669.956 personas). Los afiliados al SGSSS sumaban en total 42.818.934 personas, es decir, el 90,87% de la población total. El 9,13%, restante, que correspondía a unos 4.302.155 habitantes, eran las personas consideradas vinculadas.

Las tendencias de afiliación del periodo 2000-2013 muestran que el comportamiento de la *cobertura potencial* de la población estaría relacionado con la

disponibilidad de cobertura, referido a personas para los cuales los servicios se encuentran disponibles, la *accesibilidad de cobertura*, para personas que pueden utilizar los servicios, y la *aceptabilidad de cobertura*, para personas que desean utilizar los servicios.

Quedaría por confirmar *la cobertura actual*, la cual está constituida por el *contacto de cobertura*, referido a las personas que utilizan los servicios, y la *cobertura universal efectiva*, para todas las personas que reciben atención efectiva para solucionar sus problemas de salud.

Gráfico 3.3.d. Comportamiento del porcentaje de afiliación, 2000-2013



Fuente: BDUA, MSPS, SISPRO-DANE. Elaborado por el autor

Datos recientes del Ministerio de la Protección Social (2011) muestran más de 18 millones de afiliados al Régimen Contributivo, 22 millones de afiliados al Régimen Subsidiado y cerca de 1,5 millones de afiliados a regímenes especiales, para una cobertura del aseguramiento en salud superior al 94,7% de toda la población colombiana. El comportamiento de la afiliación durante los últimos 13 años nos muestra en la gráfica 3.3.d., que contamos para el año 2013 con una población nacional cercana a 47.121.089 (fuente DANE, MSPS), y una cobertura potencial cercana a 42.818.934

afiliadas al SGSSS, distribuidas en 22.669.956 para el régimen subsidiado y 20.148.978 en el régimen contributivo, persistiendo un remanente de población sin afiliación que oscila entre 9 a 11%.

Estas cifras contrastan con el boletín de diciembre de 2011 del DANE, según el cual “el 10,4% de la población colombiana aún no está afiliada”, información técnica que no permitiría hablar de un aseguramiento universal y podría alertar a los entes de control, sobre la no existencia de un aseguramiento de toda la población colombiana, sino el cumplimiento formal de carnetizar. Este escenario no garantizaría prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad al 100% de la población; por tanto, el SGSSS no podría incidir en la capacidad de resolución de la totalidad de los problemas de salud del país.

El comportamiento desigual por régimen de la cobertura universal, así como la persistencia de población vinculada y el poco efecto del aseguramiento como mecanismo para llegar a la cobertura universal efectiva en salud, nos ratifica el escenario de injusticia en salud. Tampoco se tiene certeza sobre el impacto real del sistema en la salud de la población colombiana, y si el principio de igualdad en los procesos de prestación, atención, resultados e impactos en salud se aplica en el SGSSS.

3.3.5 ¿Por qué no se logra la CUS en Colombia?

¿Por qué no se ha cumplido el supuesto de que la riqueza del país permitiría financiar, utilizando mecanismos de solidaridad y eficiencia, el acceso equitativo a los servicios de salud?

Lograr la CUS en Colombia como medio para responder a las necesidades en salud de todos los colombianos ha sido una intención anterior a la ley 100. Pese a su fragmentación y a las desigualdades con respecto al acceso y utilización de servicios, el antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS) tenía las mismas pretensiones. Y, aunque fue

poco efectivo en cuanto a la cobertura universal efectiva en salud, el SNS tuvo un impacto positivo en la equidad social.

En el actual sistema de salud (SGSSS) también persiste segmentación, fragmentación y múltiples escenarios de injusticia dentro del modelo de prestación y atención. Aunque es innegable un avance en la cobertura potencial, se requiere evidencia actualizada sobre una real cobertura universal efectiva en salud; por tanto continuamos con diferencias regionales relacionadas con la afiliación, el acceso real a servicios de salud y escasa resolución de problemas de salud.

Las causas de no alcanzar la cobertura universal efectiva en salud comienzan al caracterizar a Colombia como un país de ingreso medio cuya cobertura universal de salud propuesta está entre el 88% y el 94%. Pese a la igualación de planes de beneficios para los regímenes subsidiado y contributivo, se siguen incluyendo en la oferta paquetes de servicios que corresponden al 8% del gasto (privado- *out of pocket costs*) y están por fuera del POS. Estos servicios que se ofertan como medicina prepagada y servicios sanitarios orientados a población con alta capacidad de pago, influyen en los acumulados de población afiliada y usuaria a los servicios de salud, por lo cual estarían manteniéndose por fuera del aseguramiento; igual situación se presenta con la población vinculada, que al no estar afiliada por conveniencia de no cotizar al sistema es atendida por subsidio a la oferta en entidades que subsidia el estado.

Otras causas están relacionadas con el discurso de la política pública en salud, según el cual *la seguridad social* consiste en el conjunto de mecanismos creados para garantizar la estabilidad del ingreso individual o familiar en una sociedad de mercado, mientras *el aseguramiento en salud* no se diferencia básicamente del aseguramiento de una propiedad o un vehículo, en el sentido de proteger contra un riesgo económico, y tampoco se diferencia del mecanismo de seguros en el sentido de distribuir un riesgo entre todos los miembros de un grupo poblacional, ni en el objetivo final de mantener la calidad de vida de los individuos y la familia.

En este sentido, el aseguramiento garantiza en una dimensión individual el derecho que la seguridad social debería establecer a nivel colectivo; por tanto, el aseguramiento establecido en la ley 100 ha sido la forma retórica de garantizar que el derecho a la salud se haga efectivo y configura un discurso de difícil aplicación para la población que no logra una cobertura universal efectiva.

Conciliar lo individual y lo colectivo desde el aseguramiento para lograr cobertura universal nos interroga también sobre *la naturaleza de los problemas de salud*, los cuales pueden estar relacionados con enfermedades olvidadas, de alto costo o eventos en salud de alta prevalencia y bajo costo. Todos ellos requieren de prestaciones relacionadas con su resolución, rehabilitación, o con actividades de promoción y prevención que no son del interés de los usuarios; por lo tanto, su financiación y ejecución pasaría a ser responsabilidad del Estado. Actualmente, estos eventos se incluyen en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), que opera en escenarios de modelos de atención que privilegian la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS).

Parte del problema de no alcanzar la cobertura universal efectiva corresponde a los aspectos no económicos de la competencia regulada del sistema de salud en su orden estructural, como tener dos regímenes con Planes de beneficios que, si bien han sido igualados, mantienen diferencias sustanciales de calidad y acceso. Del mismo modo, se refuerzan la especialización y discriminación de instituciones en la atención para ricos y pobres, así como las dificultades institucionales, laborales y culturales para transformar subsidios de oferta en demanda.

Otras de las limitantes para alcanzar la cobertura universal efectiva en salud en Colombia tienen que ver con la implementación real del componente de aseguramiento del modelo de salud, aún dos décadas después de haber sido promulgada la ley 100. El aumento inicial de afiliados, principalmente en el régimen contributivo y la alta informalidad de la población que pretendía acceder al sistema por medio del régimen subsidiado provocó una gran demanda e insuficiencia de prestación de servicios de salud que se ofertaban en el POS diferenciado para régimen contributivo y subsidiado.

Las necesidades en salud y la prioridad de atención para ciertos grupos poblacionales, considerados pobres y vulnerables, provocaron en el 2001, un moderado aumento de cobertura en los quintiles altos de la población con capacidad de pago y un mayor aumento en los quintiles más bajos; lo cual generó una mayor demanda de servicios por parte de la población con capacidad de pago a nuevas redes privadas de prestadores y un mayor acceso de los más pobres y de las poblaciones rurales a servicios preventivos y de recuperación de la salud.

Yepes (2010:30) explica el comportamiento de la cobertura en salud en estos términos: *“...Un aumento inicial del aseguramiento del régimen contributivo a expensas de ampliar la cobertura familiar, mientras el régimen subsidiado que arrancó en 1996 había crecido más rápidamente con la aparición de los subsidios parciales, así también la diferencia de planes de beneficios entre ambos regímenes afectaron las cifras absolutas de cobertura, requiriendo ajustes que disminuyeron la cobertura real hasta cerca de un 10%...”*.

Cuando se promulgó la ley 100, la cobertura universal se planteó como meta clave del modelo, la cual se alcanzaría en 2001. No haberlo logrado en ese momento fue un fracaso explicable por las condiciones económicas del país, la evasión, la sobreestimación de la cobertura, pero también por los intereses presentes dentro del propio sistema de salud.

Entonces, la imposibilidad de alcanzar la cobertura universal efectiva se sustenta, por ejemplo, en circunstancias como el mantenimiento de dos regímenes excluyentes, que dejan por fuera las necesidades de la mitad de la población. Estas limitaciones al incremento de la cobertura de la seguridad social en salud están identificadas y constituyen barreras estructurales y no coyunturales, que han originado un nuevo tipo de segmentación en función de la cobertura del POS (total, parcial o ninguna).

Para cerrar este apartado, podemos decir que el SGSSS en Colombia ha aumentado el aseguramiento, pero que la cobertura carece *del principio de equidad*⁶; es decir, el aseguramiento tiene una concepción utilitarista de justicia que mide la cobertura potencial del sistema pero no el acceso a iguales servicios de salud. Por tanto, deberíamos analizar toda la atención en salud con cobertura universal efectiva y no sólo la cobertura en seguridad social, cimentada en frágiles condiciones sociales y de trabajo.

Con el análisis presentado, podemos decir que la cobertura universal efectiva requiere de la exigencia de universalidad que nos plantea Rawls desde su propuesta perfeccionista de justicia donde la imparcialidad cómo idea central aplicaria para toda la población colombiana independiente de su condición de estar afiliado al SGSSS o seguir considerandose como vinculado.

Este propósito también acoge elementos planteados desde Sen con sus modelos de comportamiento basados en la razón y la objetividad para definir la libre elección y el acceso real a servicios sanitarios de las personas que logran avanzar más allá de la cobertura potencial del componente de aseguramiento del SGSSS.

⁶En el Artículo 153 de la Ley 100 de 1993 se define el principio de equidad: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago”.

Cierre del capítulo III

El tercer capítulo ha sido construido desde el *principio de igualdad* aplicado a la salud, y a partir de aspectos normativos como el artículo 13 de la Constitución de 1991 y los principios de la ley 100 de 1993, que nos hablan de que “*se debe dar el mismo trato a todas las personas que se encuentran en la misma situación, o diferente trato ante diferente situación* (Constitucion política de Colombia, 1991:1)”. Siendo este postulado mas cercano a la *teoria perfeccionista de justicia de Rawls*.

De acuerdo con la información presentada, dicho principio no se está cumpliendo por la tendencia a igualar las diferencias y porque no hay una adecuada distinción entre diversas situaciones, tanto en lo que se refiere a los beneficios como a las obligaciones.

En este sentido, podemos reconocer en el sistema de salud colombiano la tendencia a establecer criterios de igualdad frente a situaciones distintas. Los propios organismos jurisdiccionales refuerzan esta tendencia (sentencia T-760 del 2008), al interpretar de forma favorable e igualar, pese a estar en presencia de situaciones distintas. El principio de igualdad en salud no se cumple desde el mismo planteamiento de dos regímenes separados, un plan de beneficios de reciente unificación con Unidad de Pago por Capitación (UPC) diferencial por grupo de riesgo y para cada régimen, generando diferente cobertura, acceso y atención, lo cual provoca discriminación y un débil ejercicio del derecho a la salud de la población colombiana.

Desde su propio diseño, el sistema de salud colombiano introduce discriminaciones por la capacidad de pago, provocando una segmentación del mercado de la salud. Esto es contrario a los principios de universalidad, equidad y solidaridad, que son los que armonizan los estándares de los derechos humanos y el principio de igualdad. Es cuestionable la desigualdad en los niveles de cobertura que se produce al

tener dos regímenes y un régimen especial, un factor que produce diferencias en la calidad y oportunidad de la atención, así como diferentes resultados e impactos en salud.

Aparentemente, el SGSSS colombiano es un sistema abierto a la concurrencia y complementariedad de otros sectores, pero en su real implementación y operación es un sistema cerrado; se precia de ser solidario, pero se basa en un sistema de aseguramiento segmentado y progresivo que apenas intenta llegar a un sistema unificado. La segmentación del aseguramiento viene dada por regímenes transitorios para llegar a la cobertura universal en salud; por lo tanto, la segmentación y la progresividad se muestran como discursos estratégicos para amortiguar la demanda de aseguramiento ante el escaso financiamiento a corto y largo plazo.

El análisis de la cobertura universal en salud, a la luz del principio de igualdad nos ha mostrado la ausencia de justicia imparcial dentro del SGSSS, lo cual nos permite concluir y cerrar el capítulo con los siguientes juicios sobre la evidencia presentada:

Los resultados del análisis de la CUS pueden compararse con países con sistemas universales en salud con mejores resultados en salud y una distribución social más equitativa debido a que sus sistemas nacionales de servicios de salud tienen un aseguramiento universal al cual se accede por derecho ciudadano, sin mediar seguro, o por medio de sistemas de seguros públicos con cobertura universal efectiva en salud.

Alcanzar la cobertura universal efectiva en salud para toda la población colombiana, independientemente de la existencia de una afiliación, requiere proponer respuestas a tres problemas fundamentales del SGSSS colombiano:

✓ La disponibilidad de recursos, ya que ningún país, independientemente de su riqueza, ha podido garantizar a toda su población el acceso inmediato y oportuno a todas las tecnologías o intervenciones que puedan dar cuenta de mejorar su salud y calidad de vida.

✓ La dependencia de pagos directos para acceder a servicios de asistencia médica, que afectan a toda la población, independientemente de si tienen o no los recursos derivados de un empleo formal, lo cual produce un mayor desbalance en sus condiciones de vida.

✓ El uso ineficiente e inequitativo de los recursos, tecnologías e intervenciones que existen, los cuales afectan directamente la calidad de los servicios prestados por los sistemas de salud, y particularmente su modelo de atención y prestación.

Por tanto, hacer visible la justicia imparcial y su relación con la cobertura universal nos muestra que lo justo del procedimiento estaría representado por el aseguramiento, el cual debería garantizar la resolución de los problemas de salud a partir del acceso a servicios de salud para toda la población. Propuesta que también requiere de comportamientos basados en la razón al realizar elección de servicios sanitarios en escenarios democráticos como el nuestro desde un principio de igualdad para toda la población colombiana; De esta manera se garantizaría una justicia imparcial en el resultado, que sería *alcanzar la cobertura universal efectiva en salud*.

Capítulo IV. Conclusiones y recomendaciones

El anterior análisis nos ha permitido mostrar diversas concepciones de justicia que subyacen al SGSSS, las cuales inciden en sus acciones y tienen efectos en la salud de la población colombiana, la cual reclama sus derechos a una atención sanitaria adecuada a sus necesidades sociales en salud. Cerraremos esta disertación mirando las posibilidades que plantea la actual propuesta de reforma; luego, propondremos una serie de conclusiones del análisis crítico realizado, mostrando elementos relevantes relacionados con la interpretación de los actores e instituciones del sistema sobre la justicia en salud, y formularemos algunas recomendaciones que invitan, en un momento posterior, a desarrollar análisis de política pública en salud en otras investigaciones.

Con esta intencionalidad, este último capítulo presenta tres secciones. La primera nos muestra núcleos problemáticos actuales del sistema sanitario y sus posibilidades de resolución, a partir de aspectos claves de la actual propuesta de reforma del sistema de salud. La segunda sección presenta las conclusiones relacionadas con los aspectos fundamentales, tanto teóricos como de análisis del SGSSS, tratados en los primeros tres capítulos de la disertación, los cuales mostraron la concepción actual de justicia que se evidencia en los componentes de financiación, aseguramiento y prestación. La última sección invita a trabajar sobre elementos claves adicionales a los tratados en la disertación, a manera de recomendaciones que podrían aportar a un justo sistema de salud en Colombia.

4.1 Concepciones de justicia en la reforma del SGSSS

La salud desde una mirada amplia, más allá de abordajes biólogos y centrados en la enfermedad, nos plantea inquietudes que están relacionadas no solo con sus posibilidades reales de ser alcanzada, sino también con la necesidad urgente de generar todo una movilización social, política, económica, técnica y académica que permita acuerdos sobre los mínimos de definición de un fenómeno multicausado, dinámico,

complejo, relativo y abierto, que nos pregunta si, como país, debemos abordarla como medio o como fin. ¿Para qué la salud?

En este sentido, las posibilidades de incidencia real en la salud de los colombianos requieren, más que evidenciar problemas y estrategias fallidas del sector, encontrar estrategias para observar los problemas de manera articulada; abordarlos desde una concepción de justicia imparcial por parte de todas las disciplinas que trabajan el fenómeno salud, en forma intersectorial y transectorial, con el ánimo de reducir la injusticia y la inequidad del actual modelo sanitario del país. Así, a partir del análisis realizado en los capítulos II y III de la disertación, proponemos los siguientes núcleos problemáticos:

4.1.1 La definición de un enfoque de justicia y equidad en salud.

Lo cual contribuiría a superar las crónicas inequidades y exclusiones del sistema de salud colombiano, manifiestas en aspectos como el financiamiento, que promueve grandes injusticias en el ejercicio redistributivo, a pesar de que al sector se asignan cuantiosos recursos, que realmente podrían impactar en la salud de los colombianos más allá de resultados de proceso, como se demostró en el segundo capítulo. Otro tanto se observa en cuanto a aseguramiento y generación de cobertura, que planteados como universales pero que no reflejan un acceso real, a la utilización efectiva de servicios o la remoción de las barreras económicas, como se demostró en el tercer capítulo.

4.1.2 Cambios en el modelo de prestación y atención en salud.

El análisis crítico realizado nos demostró la perspectiva utilitarista de la justicia en salud que privilegian los actores y entidades encargados de las prestaciones, atenciones y uso de las tecnologías en salud, con énfasis en el beneficio económico antes que en la calidad de sus prestaciones o en el bienestar de las personas que logran acceder a estos servicios. Como se señaló en el segundo capítulo, las atenciones individuales y colectivas que se realizan sólo alcanzan al 41% de la población afiliada al

SGSSS y dejan por fuera el 62% restante. Esto es muestra de la fragmentación del sistema en todos sus componentes y el consiguiente desbalance de las acciones que deberían mejorar la salud de los colombianos.

Los dos núcleos problemáticos identificados en el análisis de la disertación doctoral requieren de una respuesta estructural (primer núcleo) y sectorial (segundo núcleo), a partir de una reformulación de política pública que permita construir modelos hermenéuticos interpretativos sobre el ejercicio de la justicia en salud. Este ejercicio debe permitir un balance más justo en las relaciones de poder entre los actores (prestadores-usuarios), donde se logre equilibrar los intereses particulares de unos pocos con las expectativas de salud y bienestar de todos los ciudadanos.

El anterior panorama del sistema sanitario nos muestra que los ejercicios de evaluación de nuestro actual SGSSS, dentro de un marco de protección social, requiere discusión y debate académico sobre el modelo de salud que realmente deberíamos tener como un país en vía de desarrollo, inserto en un escenario latinoamericano y mundial que es permeado y responde a intereses que se mueven en lo global. Los múltiples balances y posibilidades emergentes de reconfigurar una respuesta social institucional de política social sobre el tema genera incertidumbre sobre las reales posibilidades de incidir más allá del enfoque meramente reparativo de nuestro actual sistema de salud.

Los aspectos fundamentales de la propuesta de reforma, desde un enfoque de justicia imparcial, deberán responder a la heterogeneidad del país y a las necesidades sociales en salud de toda la población colombiana, en un escenario social caracterizado por la actual falla multisistémica del sistema sanitario, con un modelo de cuidado equivocado y un sistema de incentivo desequilibrado por pagos anticipados sin control de resultados en salud, por negligencia, complicidad e insuficiente respuesta de inspección, vigilancia y control por parte del gobierno.

En este sentido, existe un acuerdo social, político y técnico sobre la necesidad de una reforma estructural al sistema de salud colombiano para afectar la injusticia, la

exclusión y la vulnerabilidad social en salud de toda la población colombiana. El gobierno nacional ha tratado de responder a una problema social relevante para toda la sociedad colombiana, y en ejercicio de su poder discrecional propuso ajustes políticos corporativistas y de interés particular, constituyendo un proyecto de ley de carácter estatuario⁷ para definir principios fundamentales y garantizar la efectividad del derecho fundamental a la salud.

Los textos aprobados de la ley estatutaria muestran la ausencia de cambios estructurales del sistema; Los cuales obedecen a la forma y la nominación de actores y acciones, sin afectar los vicios fundamentales del actual SGSSS. También se analizó la intención de redefinir la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el proyecto de ley ordinaria⁸, el cual fue retirado por el actual gobierno.

Esto ratifica la débil intención de responder con decretos reglamentarios a las necesidades sociales en salud de la población, que seguiría reposando en figuras como el gestor territorial- salud mía: figura administrativa que no solo podría recaudar, administrar y girar recursos, sino que afiliaría y vigilaría la gestión de los gestores y pago a las instituciones prestadoras de salud; esta figura administrativa sería el reemplazo del actual Fosyga: fondo financiero de solidaridad y garantía encargado de administrar los recursos destinados para la operación del sistema sanitario, y otra posible figura sería la unificación del plan de beneficios del régimen subsidiado y contributivo, con mi-plan.

Se requiere entonces la realización de una discusión ideológica sobre la concepción de justicia que debe primar y permear todo el SGSSS, así como sobre los

⁷Posible respuesta al núcleo problemático 4.1.1., identificado en la disertación doctoral.

⁸Correspondería al núcleo problemático 4.1.2., identificado en la disertación doctoral.

medios para lograr un cambio estructural que permita a los diferentes actores del sistema sanitario abordar múltiples aspectos técnicos, políticos y de conveniencia que deben discutirse, como son la articulación entre la ley estatutaria y la propuesta de una ley ordinaria, así como evaluar las posibilidades de reducir la fragmentación, la segmentación, la intermediación, la perversión del aseguramiento, así como la descentralización planteada con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con una mayor presencia del Estado en los procesos de inspección, vigilancia y control (IVC).

Operar una reforma justa requeriría discutir en primera instancia el tipo de bien y el enfoque del fenómeno salud, sus condiciones estructurales y sectoriales, la voluntad política y social, identificando las necesidades sociales en salud y las posibilidades de un ejercicio real del derecho fundamental a la salud. La discusión debe incorporar activamente a toda la sociedad colombiana, independientemente de su condición laboral o de si está afiliada o no al SGSSS.

En la propuesta de reforma persisten elementos de fragilidad del sistema, como su vulnerabilidad al ciclo económico, la alta dependencia del esquema de subsidios y la ineficacia en la integración de acciones de salud pública. Del mismo modo, se mantienen las dificultades para abordar apropiadamente los problemas en la calidad de prestación y atención, de manera que la percepción de calidad por parte de los usuarios sigue sin afectar las prácticas reales de las entidades, y se perpetúan los deficientes mecanismos de atención a los usuarios por parte de las EPS, diseñados para evitar el cumplimiento de sus compromisos y no para proporcionar una equitativa atención a los pacientes.

Sin embargo, queda también la inquietud sobre las ganancias sociales obtenidas por el sistema, que ponen a pensar sobre la pertinencia de su reestructuración con la propuesta de reforma y las prospectivas pérdidas de bienestar que implicaría un incierto nuevo modelo sobre cuyas bondades no hay garantía.

4.2 Conclusiones disertación doctoral

Los resultados presentados en los capítulos anteriores partieron de elementos teóricos relacionados con el interés de identificar “la concepción de justicia que permea el actual SGSSS” para lo cual no solo definimos su problemática, sino que también se construyeron definiciones claves como *salud*, *justicia en salud* y *política pública en salud*.

La discusión teórica sobre justicia del primer capítulo nos permitió desarrollar el análisis de política pública del SGSSS desde un enfoque cualitativo con perspectiva hermenéutica crítica, con el objetivo general de comprender las concepciones de justicia que se instalan en los componentes de financiación, aseguramiento, atención y prestación del actual sistema general de seguridad social en salud, partiendo de la siguiente hipótesis de trabajo : La salud de los sujetos, no solo dependerá de las necesidades y prácticas sociales en salud de toda la población colombiana sino que su complejidad estará dada por la respuesta del sistema sanitario, la cual depende de los intereses e interpretaciones sobre la justicia en salud por parte de los actores del sistema general de seguridad social en salud.

La estructura de análisis propuesta para identificar las concepciones de justicia que permean el actual SGSSS se desarrolló a través de elementos fundantes de la justicia en salud, considerados principios que permearon el trabajo de tesis en cada uno de sus capítulos. El primer capítulo presentó las tensiones entre teorías perfeccionistas de justicia con su idea central de imparcialidad y las ideas de justicia sustentadas desde la razón y la objetividad; el segundo capítulo, mostro al principio de equidad como un proposito a alcanzar al interior del sistema sanitario colombiano; y el tercer capitulo, nos mostro la igualdad como principio de justicia que debe existir en los distintos componentes del SGSSS.

A lo largo de la disertacion hemos presentado teorías de justicia desde corrientes liberales comunitarias, utilitaristas y de prioridad que podrían ser aplicadas a la salud

haciendo énfasis en el enfoque de la corriente liberal, la cual trasciende la postura clásica utilitarista y se presenta como el escenario donde la teoría perfeccionista de justicia imparcial es el modelo para intentar equilibrar la libertad individual y la igualdad material, significado que nos muestra que debemos tener igual respeto por todos los proyectos de vida para superar el conflicto entre igualdad y libertad y tener un cierto grado de igualdad material que nos permita acercarnos a una libertad real.

Desde la corriente liberal, también se demostró con la Idea de Justicia de Sen que las respuestas sociales en salud deberían estar en función de las vidas, capacidades y libertades de las personas involucradas en su autocuidado, provocando que las instituciones del SGSSS jueguen un papel instrumental acorde con lo justo en salud para todos los colombianos; Por tanto, las decisiones en salud que tomen los individuos podrían privilegiar y soportarse según Sen en la razón y la objetividad o según Smith desde el sentimiento moral.

El primer capítulo, que hace una reflexión teórica de la justicia aplicada a la salud, nos permitió identificar y desarrollar concepciones perfeccionistas sobre la justicia que, desde Rawls y Dworkin, estarían inmersas en una corriente de pensamiento liberal, con énfasis en las instituciones y en los recursos; en tensión con ideas de Justicia desde Sen y Smith, para la toma de decisiones en salud.

Partimos de lo ideal de la justicia en un escenario, considerado la *posición original* y un *velo de ignorancia*, que permitirían a todos los sujetos decidir en igualdad de condiciones, buscando definir principios de justicia aplicables a la salud en sociedades ideales, para luego avanzar hacia la cooperación entre personas en sociedades más o menos justas y reales como la nuestra, la cual, a pesar de sus intereses particulares, apuesta por la “igualdad de recursos en salud”, lo cual permitiría tomar decisiones y resultados para individuos iguales en su circunstancia pero no en su personalidad.

El segundo capítulo pretendió construir un significado de la equidad en salud al reconocer diversas perspectivas de teorías y criterios de justicia social desde Nussbaum, Honneth, Fraser, Doyal y Gough como *el reconocimiento social, la redistribución económica y la representación política*, que en su interacción configuran un prisma para mirar la salud como una necesidad humana y una capacidad que nos genera autonomía y libertad.

La discusión del segundo capítulo nos mostró que la concepción de *justicia imparcial* de Rawls, aplicada a la salud, centra su discusión en principios aplicables a sociedades reales como la nuestra, y estaría soportada con una argumentación sistemática orientada a la práctica, que nos permitiría ver la salud como un bien primario y condición de posibilidad de desarrollo para toda la sociedad colombiana.

En este sentido, hemos demostrado que la igualdad y la libertad son valores fundantes y en tensión de la concepción de justicia en salud, los cuales permiten que los ciudadanos se consideren libres si son autorizados a plantear pretensiones sobre el diseño de instituciones sociales dentro del sistema sanitario. Por tanto, la imparcialidad como la idea central de la justicia en salud debe reconocerse desde las instituciones, las decisiones y las realizaciones de las personas a través de un aprovechamiento de las oportunidades para desarrollar capacidades y prácticas sociales particulares en salud.

El tercer capítulo pretendió mostrar si la aplicabilidad del principio de igualdad se cumple en el componente de aseguramiento del SGSSS, donde la distribución del bien salud debería responder a las diferentes necesidades de toda la población, en un escenario donde las desigualdades sociales y económicas serían justas si producen beneficios compensadores para todos; por tanto, la igualdad sería un principio de la justicia sanitaria que permitiría que la salud se constituyera en condición de desarrollo para toda la sociedad colombiana.

El análisis del comportamiento del aseguramiento nos permitió demostrar que, aunque la cobertura del SGSSS se encuentra actualmente en una etapa de cobertura

potencial para la mayoría de la población colombiana (88% al 94%) al contar con disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, la cobertura universal efectiva en salud solamente alcanza al 41% de la población afiliada que demanda servicios, de manera que cerca del 62,74% de la población colombiana (afiliada y no afiliada)⁹ no logra resolver sus necesidades en salud. Así las cosas, el escenario de prestación y atención responde a una concepción de justicia en salud utilitarista y de prioridad, que privilegia a los actores encargados de operar el modelo de prestación y atención del sistema de salud colombiano.

A partir de los resultados del análisis de la disertación realizados en el capítulo II y III, se identificaron dos núcleos problémicos relacionados con la problemática estructural y sectorial de la salud en Colombia, lo cual nos permitió analizar la actual propuesta de reforma en salud, mostrando que tanto los principios que la orientan como sus contenidos tienen una concepción de justicia utilitarista y de prioridad que privilegia el interés de los actores que orientan el sistema y de quienes realizan la intermediación, lo cual perpetúa la injusticia en salud para toda la sociedad colombiana.

La conclusion central de la tesis, nos permite decir que: A través del análisis crítico presentado, hemos indagado sobre cuál es la concepción de justicia en salud que está inmersa en el SGSSS, y se instala en sus procesos centrales de financiación, aseguramiento, atención y prestación. Se demostró que la concepción de justicia dentro del SGSSS privilegia la concepción utilitarista y de prioridad, mientras la justicia imparcial, equitativa e igualitaria se reconoce como un discurso ideológico de mantenimiento de poder, con pocas posibilidades de modificar el modelo de prestación y atención actual del SGSSS.

⁹En 2013, la población colombiana alcanzó los 47.121.089. Fuente: DANE.

Entonces, si el actual SGSSS está orientado por una concepción utilitarista y de prioridad de justicia, que garantiza el mantenimiento de intereses particulares que van en contra del derecho a la salud de la sociedad colombiana, me gustaría plantear unas ideas de lo que debería ser la justicia imparcial de una atención en salud a partir de la siguiente reflexión:

¿Cómo imagino una sociedad justa en salud?

El bien salud puede ser reclamado desde el derecho a tener salud, o desde el grupo que no tiene medios económicos para acceder a él, o desde la consideración de que la salud es un medio para realizar proyectos de vida. Independientemente de que la concepción sea utilitarista - tener la posibilidad de salud-, o igualitarista -acortar distancias entre medios económicos diferentes de la población-, o libertaria -tener derecho a recibir salud por haberla cultivado en el tiempo-, ¿Cuál sería la concepción de justicia en salud correcta, si lo que se busca es la realización humana, el derecho al disfrute de la salud o considerarla como el medio para salir de la pobreza?

Si decimos que la salud, es el bien por distribuir en toda la sociedad colombiana, ¿Cuáles serían los principios que deben gobernar la asignación de la salud? Serían principios relacionados con arreglos entre los actores que representan a las instituciones sociales del sistema sanitario que producirían ciertos tipos de realizaciones sociales para lograr un nivel de salud acorde a las necesidades en salud de toda la población.

Por tanto, los diferentes argumentos que refieren las personas y los diferentes grupos que conforman la sociedad colombiana frente a su necesidad de salud apuntan a un tipo diferente de razón imparcial, no arbitraria, donde los acuerdos para alcanzar salud requerirían que nuestros principios concuerden con lo que los demás no podrían rechazar de manera razonable. Entonces, cada enfoque de justicia argumentará a favor de respuestas distintas, las cuales, obviamente, serán correctas para el grupo que las formule.

Por lo anterior, podríamos decir que no existe un esquema social perfectamente justo e identificable del cual pueda surgir un acuerdo imparcial en salud; más bien, existen unos acuerdos considerados subóptimos que debemos realizar en pro de la exigencia de la justicia imparcial en salud en nuestra sociedad colombiana.

Esta concepción de justicia imparcial en salud debe reconocer en el principio de equidad una forma de distribución de medios y fines de acuerdo a las necesidades diferenciales de toda la población. Con el principio de igualdad, nuestra sociedad podría ejercer abogacía por la igualación del mayor número de personas en relación con el mayor número de necesidades relacionadas con su salud. Aquí el ideal de igualdad no significa que hay que distribuir a todos lo mismo y por igual; por tanto *la desigual distribución es justa si conduce a la igualdad* y brindar salud sería dar *a cada cual según su necesidad*.

Entonces, en nuestro imaginario de *una sociedad justa en salud* no se requiere tener previamente un sociedad colombiana ideal donde podamos identificar esquemas sociales completamente justos o ideales, sino que la salud y el sistema de salud colombiano deben adoptar teorías de justicia de corriente liberal para lograr un SGSSS imparcial, equitativo e igualitario, que permita avanzar hacia la universalidad desde el aseguramiento y desde la solidaridad para lograr la equidad en salud, considerando la salud como un bien público y soportándose en la riqueza de la sociedad.

4.3 Recomendaciones para un justo sistema de salud en Colombia

La disertación doctoral demostró que para construir un justo sistema de salud en Colombia se requiere acoger la justicia imparcial en salud como la concepción que podría generar un cambio estructural en salud en el país. Se requiere, a la luz de esta postura garantizar la participación social efectiva de toda la sociedad en todos los procesos del sistema sanitario.

Si bien la riqueza de la sociedad colombiana (económica y social) aportaría a la protección de sus ciudadanos con un modelo de aseguramiento universal, pasar del enfoque de necesidades en salud al enfoque de derechos en salud genera tensión entre el actual enfoque de justicia del sistema sanitario colombiano y el enfoque de derechos en salud, en cuanto exige reconocer derechos civiles como (la vida, la integridad física, la libertad, la propiedad privada, la libertad de culto, la palabra y el pensamiento) y derechos políticos como (el ejercicio del poder político, a elegir y ser elegido, al sufragio y a la participación política).

En este sentido, el derecho a la vida y el derecho a la salud tienen conexidad y son fundamentales, pues permiten avanzar en ejercicios ciudadanos de poder político para exigir y construir respuestas integrales en salud desde el escenario de construcción y participación política, social y económica del país. Se requiere un nuevo arreglo entre todos los actores sociales inmersos en nuestro estado social de derecho, que permita construir colectivamente un derecho a la salud orientado desde un propósito de justicia sanitaria imparcial.

Finalmente, recomendamos acoger la justicia imparcial en salud en el SGSSS, a partir de un nuevo contrato social en salud que nos lleve a un sistema de salud justo, donde podamos pensar otras formas de financiamiento a partir de la riqueza de la sociedad colombiana, con una garantía de acceso universal integral que permita cobertura universal efectiva y genere satisfacción real de necesidades sociales en salud, que reconozca que hay personas en diferentes posiciones sociales, con diferentes niveles de salud y, por tanto, con la imposibilidad de un contrato entre iguales, “principio de diferencia”.

Estas reflexiones nos motivan a seguir indagando sobre el derecho y la garantía de la protección de la salud orientada desde teorías perfeccionistas de justicia en salud teniendo la imparcialidad como su idea central para mejorar nuestra sociedad. Esta inquietud se constituye en el norte de otras pesquisas, por desarrollar en otro momento.

Referencias

- Aday, A; Andersen, R.(1974). "A Theoretical Framework for the Study of Access to Medical Care". En Health Services Resesarch, vol. 9, no. 3, pp. 208-220.
- Agudelo, C. (2005). Balance del SGSSS. Bogotá, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de medicina.
- Agudelo, C; Cardona, J; Ortega, J; Robledo, R. (2011). "Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas". En Ciência & Saúde Coletiva [Publicación digital]. 16 (6): 2817–28. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>
- Alean, A. (2012). La noción de justicia en Adam Smith y Amartya Sen. Tesis para optar al título de doctorado en Economía. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Álvarez, LS. (2005). "El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral". En Revista Panamericana de Salud Pública, 18 (2):129-135
- Aristóteles. (1977). Política. Medellín: Editorial Bedout.
- Barry, B. (1990). Political Arguments. Berkeley: University of California Press.
- Barón, G. (2007). Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

- _____. (2007). "Colombian Health spending 1993-2003: its composition and trends". En Revista Salud Pública [online]. vol.9, n.2, pp. 167-179. ISSN 0124-0064.
- Braveman, P.; Gruskin, S. (2003). "Defining equity in health". En J Epid Com Health; 57: 254-258.
- Buchanan, E. (1984). "The Right to a Decent Minimum of Health Care". En Philosophy and Public Affairs, vol. 13, núm. 1.
- Canguilhem, G. (1991). On the normal and the pathological. Nueva York: Zone Books.
- Carrasquilla, G. (2011). "Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud". En Salud Pública, México; 53 supl 2: 78-84.
- CEPAL (2011). Protección social inclusiva en América Latina. Santiago de Chile, marzo.
- Congreso de la República de Colombia. (2002). Ley 789. Conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida especialmente de los más desprotegidos. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Culyer, A.; Wagstaff, A. (1993). "Equity and equality in health and health care". En Journal of health economics, 12: 431-457.
- Daniels, N. (1985a). Justice Health care. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

- _____. (1985b). *Just Health Care*. Cambridge, Massachusetts, Cambridge: University Press.
- _____. (1988). *Am I My Parent's Keeper? An Essay on Justice Between the Young and the Old*. Nueva York: Oxford University Press.
- Darwall, S. (2006). *The second-person standpoint. Morality, respect and accountability*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Doyal, L y Gough, I. (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Barcelona, FUHEM/Icaria.
- Dworkin, R. (2005). ¿Existe conflicto entre libertad e igualdad? ¿Cómo decidir? [Barker, P. (ed.). *Living as equals*. Nueva York, Oxford University Press, 1996]. En *Revista Actio* [Camps, M. (trad)], 6 de marzo. ISSN 1510-8082.
- Echeverri, M. A. (2006). Derecho a la salud, Estado y globalización. En *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 4, marzo, número especial. Medellín.
- Eslava-Schmalbach, J. et al. (2008). “Evaluación del impacto en costo-equidad del sistema de salud en Colombia, 1998-2005”. En *Revista Salud Pública* [online]. vol.10, n.1, p.p. 3-17. ISSN 0124-0064.
- Evans, P. et al. (2002). *Desafío a la falta de equidad en salud*. Washington. OPS y Fundación Rockefeller.
- Fascioli, A. (2011). “Justicia social en clave de capacidades y reconocimiento”. En *Revista de Filosofía*, vol. XXIII, N° 1/ ISSN 1016-913X.
- Fisk, M. (2004). *Bienes públicos y justicia radical. Una moralidad política para la resistencia solidaria*. Cali: Editorial Universidad del Valle.

Fraser, N. (2008). Escalas de justicia. Barcelona: Editorial Herder.

Frenk, J.; Londoño, J. L. (1992). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. México, Documento de trabajo 353 del Banco Interamericano de Desarrollo.

Frenk, J. (1985). “El concepto y medición de la accesibilidad en salud”. En Salud pública, México, no. 27, pp.-438-453.

Gómez-A, R. D. (2004). “Políticas Públicas: Del conflicto al consenso”. En: Gómez A, RD; Rodríguez, FL; Velásquez V, William. [Ed]. Tejiendo voluntades. Experiencias de Antioquia en gestión de políticas públicas con participación social, 2001-2003. Medellín, Gobernación de Antioquia. Diciembre, pp. 11-14.

González J. I. (2001a). La salud, el aseguramiento y la equidad. Consultado el 2 de noviembre del 2012. Disponible en: <http://www.revmed.unal.edu.co/equidad/doc/jorge-gonzalez.pdf>

_____. (2001b). Imparcialidad financiera y equidad. Otra lectura del informe de la Organización Mundial de la Salud año 2000. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-1/salud-espacio-2.pdf>

_____. (2005). “Repensando la seguridad social desde un horizonte amplio”. En Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Gracia, D. (1989). Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema.

Habermas, J.; Rawls, J. (1998). Debate sobre el liberalismo político. Barcelona: Paidós.

- Hancock, T. (1982). "Beyond Health Care". En *The Futurist*; Agosto 4-13.
- Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento?* Madrid: Ediciones Morata, S.L. Cap. II, pp. 89:149.
- Informe Defensoría del Pueblo, 2011-2012.
- Kant, M. (1981). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (trad. Manuel García Morente). Madrid: Editorial Espasa-Calpe.
- Kant, I. (2005). *Crítica de la razón práctica*. México: Fondo de Cultura Económica. ISBN 9681673808.
- Marmot, M. G.; Wilkinson, RG, Eds. (1999). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.
- Marshall, A. (1925). *Principles of Economics*. London: Macmillan.
- Mesa-Lago, C. (2009). "Social insurance (pensions and health), labour markets and coverage in Latin America" En *Financing Social Policy. Mobilizing Resources for Social Development*, K. Hujo y S. Mcclanahan [eds.], Nueva York, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD), Palgrave Macmillan.
- Milio, N. (2001). "Glossary: healthy public policy". En *J Epidemiol Community Health*, 55: 622–623 622.
- Ministerio de la Protección Social. (2011). *Informe de gestión al Congreso de la República, periodo 2010-2011*. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Musgrave, R y Musgrave, P. (1999). *Hacienda pública, teórica y aplicada*. Madrid: McGraw Hill.

- Núñez, J; Zapata, J. G. (2012). “Financiamiento de la salud en Colombia”. En La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano-Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro-. Primera edición. Fedesarrollo, Bogotá. pp. 13-30.
- Nussbaum, M. (2005). Capacidades como titulaciones fundamentales. Sen y la justicia sociall. Bogotá, Centro de Investigaciones en Filosofía y Derecho, Universidad Externado de Colombia.
- OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal. Washington, Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, J. (2012). “La facultad de Ciencias de la Salud, una oportunidad de incidencia nacional”. En Cien. tecnol. salud. Vis. ocul , vol. 10, no. 1 / enero-junio, pp. 7-9. ISSN 1692-8415.
- _____. (2013). “Justicia social en salud: un contexto de flexibilización laboral y vulnerabilidad social”. En Cien. tecnol. salud. vis. ocul. vol. 11, no. 1, enero-junio, pp. 81-92. ISSN 1692-8415.
- Platón, (2003). La república. Libro Segundo. Bogotá: Panamerica Editorial, octava reimpresión.
- Polanyi, K. (2006). “La grande transformation”. [Paris, Gallimard, 1984]. En Crecimiento, equidad y ciudadanía. [Yves Le Bonniec, ed.]. Cid, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Rawls, J. (1971). Teoría justicia. México: Fondo de cultura económica, pp. 162, 164,292.

- _____. (1988). "Las libertades fundamentales y su prioridad". En *Libertad, Igualdad y Derecho*. Barcelona: Editorial Ariel.
- _____. (1995). *Liberalismo Político* (S. Madero, Trad.). México: Fondo de Cultura Económica.
- _____. (1996). *Political Liberalism. Lecturas I, II y VIII*. Universidad de Columbia, Segunda reimpresión.
- _____. (1999). *Justicia como equidad*. 2 ed. España. Tecnos, pp. 47-49.
- Ribotta, S. (2010). *Sobre la propuesta de igualdad en Norberto Bobbio*. Madrid, Instituto de derechos humanos Bartolome de las Casas, Universidad Carlos III.
- Salomón, M. (2011). "Algunos límites al primer principio de la justicia de J.Rawls". En *Open Insight, Volumen II., N° 2 México*. (Julio).
- Samuelson, P. (1954). "The pure theory of public expenditure". En *The Reviews of Economics and Statistics*, 36 (#4). pp. 387-389.
- _____. (1984). *Economía*. México, D.F.: McGraw Hill.
- Sánchez, F.; Nunez, J. (1999). "Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales. ¿Quién se benefició del gasto público social en los noventa?" En *Coyuntura Social*. 20:165-192.
- Santos Pérez, L. (2005). *Liberalismo e igualdad: una aproximación a la filosofía política de Ronald Dworkin*. Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia.
- Sen, A. (1977). "Rational fools: A critique of the behavioral foundations of economic theory". En *Philosophy and public affairs* 6 (4), 317-344.

- _____. (1982). Choice, welfare and measurement. Oxford: Blackwell.
- _____. (1987). Commodities and capabilities. New Delhi, Oxford: University Press.
- _____. (1997). Bienestar, justicia y mercado. tr.Damian Salcedo. Barcelona: Paidós.
- _____. (1998). “The Possibility of Social Choice” en Nobel Lectures, Trinity College, 8 de diciembre de 1998. Cambridge, Reino Unido.
- _____. (2000a). “Los fines y los medios del desarrollo”. En Desarrollo y libertad. Barcelona: Editorial Planeta.
- _____. (2000b). “La libertad y los fundamentos de la justicia”. En Desarrollo y libertad. Barcelona: Editorial Planeta.
- _____. (2002). Rationality and freedom. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- _____. (2002). “¿Por qué la equidad en salud?” En Revista Panamericana de Salud Pública, 11 (5/6).
- _____. (2004). Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial.
- _____. (2009). “Economics, law and ethics”. En R. Gotoh y P. Dumuochel (Eds.). Against injustice. The new economics of Amartya Sen. Nueva York, Cambridge University Press.
- _____. (2009). La idea de la justicia. Bogotá: Editorial Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.A.
- Sidgwick, H. (1907). The methods of ethics. Londres: Editorial Macmillan.

- Smith, A. (2004). Teoría de los sentimientos morales. México. Fondo de Cultura Económica.
- _____. (1976). The Theory of Moral Sentiments (D.D. Raphael and A.L. Macfie ed.). Londres: Oxford University Press.
- _____. (1904). “Investigación sobre la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones”; FCE, 2da. ed. 1958 de la versión inglesa de Cannan de 1904; México, novena reimpresión, 1997.
- Stiglitz, J. (2002). La economía del sector público. Barcelona: Antoni Bosch Editores.
- Tanahashi, T. (1998). “Health service coverage and its evaluation”. En Boletín de la Organización Mundial de la Salud [1978]; 56(2): 295-303.
- Van Parijs, P. (2004). “Más allá de la solidaridad”. En Contra la exclusión. La propuesta del ingreso ciudadano. Buenos Aires, Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas, Editorial Miño y Dávila.
- Vélez, A. L. (2011). “Por un sistema de salud que garantice la protección del derecho, un requisito de justicia social”. En Medellín. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 16, No.1, enero - junio, pp. 145 – 155.
- Walt, G. (1994). Health policy: An introduction to process and power. Johannesburg, Londres, New Jersey: Witwatersrand University Press- Zed Books
- Whitehead M. (1992). “The concepts and principles of equity and health”. En International Journal of Health Services. 22(3): 429-445.
- Whitehead, M.; Scott, S.A.; Dahlgren, G. (1998). “Setting targets to address inequalities in health”. En Lancet; 351: 1279-1282.

Yepes, F; Ramírez, M. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia*.
Bogotá: Mayol Ediciones S.A., Assalud y Universidad del Rosario.